



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

EFFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD “OPTITS EXPRÉS” EN LA SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LLEIDA

Autor: M.Magdalena Sard Bauzà

Tutorizado por: Rosa Mar Alzuria Alós

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Doble titulación: Grado en Enfermería-Grado en Fisioterapia

Trabajo Final de Grado

Curso académico: 2019-2020

25 de mayo del 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora Rosa por haberme guiado y orientado a lo largo de la redacción del trabajo. La situación de alarma en la que nos encontramos actualmente no ha supuesto un obstáculo en tu compromiso. Gracias por haberme facilitado los medios necesarios para la realización de este Trabajo Final de Grado y, sobretodo, gracias por tu dedicación, interés y entusiasmo.

A mis compañeros de clase, por inspirarme en la elección del tema, por haberme acompañado durante estos meses y por los consejos y ánimos que me habéis dado desde que empezamos con la redacción del trabajo.

Por último, pero no menos importante, gracias a mi familia por apoyarme en todo momento, no solo para este trabajo, sino también durante estos cinco años de carrera.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. MARCO TEÓRICO	2
1.1.1. CONCEPTOS BÁSICOS:.....	2
1.1.1.1. PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	4
1.1.2. ANTECEDENTES: EPIDEMIOLOGÍA, MAGNITUD DEL PROBLEMA	7
1.1.2.1. PERCEPCIÓN DE INVULNERABILIDAD	14
1.1.3. SEVERIDAD DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	15
1.1.4. FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO	17
1.1.5. ABORDAJE DE LA ITS:	19
1.1.6. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA.....	27
1.1.7. PROYECTOS EXISTENTES	33
1.1.8. SATISFACCIÓN DEL USUARIO	41
1.1.9. PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LAS ITS	43
1.2. JUSTIFICACIÓN	43
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	45
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	47
3. METODOLOGÍA.....	49
3.1. TIPO DE ESTUDIO	49
3.2. CONTEXTO DEL ESTUDIO: ÁMBITO Y PERÍODO	49
3.3. PARTICIPANTES: POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
3.4. VARIABLES	50
3.5. TÉCNICAS PARA LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	55
3.6. INTERVENCIÓN	62
3.6.1. CIRCUITO RÁPIDO:	63
3.6.2. PLATAFORMA APP: “OPTITS exprés”	68
3.6.3. SERVICIO DE SOPORTE EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO:.....	72
3.6.4. COMPARACIÓN SERVICIO UNIDAD “OPTITS EXPRÉS”- SERVICIO CONVENCIONAL	76
3.6.5. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	77
3.7. CRONOGRAMA	82
3.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	83

4. CONCLUSIONES, REFLEXIÓN DE APRENDIZAJE	85
5. PROPUESTAS DE MEJORA.....	88
6. BIBLIOGRAFÍA	89
7. ANEXOS	100
ANEXO 1: COMPROMISO CONFIDENCIALIDAD DE DATOS PARA LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD “OPTITS EXPRES”	100
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS.....	101
ANEXO 3: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS	102
ANEXO 4: CUESTIONARIO SERVPERF (Service Performance).....	105
ANEXO 5: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (STAI).....	106
ANEXO 6: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	108
ANEXO 7: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA INDIVIDUALIZADA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. INFORME DE CASO	109
ANEXO 8: CUESTIONARIO EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.....	111
ANEXO 9: SOLUCIONES CUESTIONARIO AFECTIVO-SEXUAL	117
ANEXO 10: SUBESCALA DE AUTOEFICACIA DEL USO DEL PRESERVATIVO	123
ANEXO 11: PANTALLAS APP.....	124
ANEXO 12: MITOS Y OBSTÁCULOS DE LAS ITS.....	125

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Principales zonas de afectación de las ITS	6
Ilustración 2: ITS curables: clamidias, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.	7
Ilustración 3: Situación epidemiológica de la infección por gonorrea, sífilis, C.trachomatis y LGV. España, 2017	9
Ilustración 4: Incidencia de gonorrea; Número de casos y tasas por 100.000 hab.España, 1995-2017	9
Ilustración 5: Incidencia de sífilis; Número de casos y tasas por 100.000 hab.España, 1995-2017	9
Ilustración 6: Incidencia de clamidia por Comunidad Autónoma, 2017. Tasas por 100.000 habitantes.....	10
Ilustración 7: Evolución de los casos de sífilis notificados por 100.000 habitantes. Cataluña, 2009-2018	11
Ilustración 8: Evolución de los casos de gonorrea notificados por 100.000 habitantes. Cataluña, 2009-2018	12
Ilustración 9: Evolución de los casos de linfogranuloma venéreo. Cataluña, 2009-2018	12
Ilustración 10: Evolución de los casos de clamidia notificados por 100.000 habitantes. Cataluña,2011-2018	13
Ilustración 11: Evolución anual de los diagnósticos de VIH y los casos de SIDA. Cataluña,1981-2018.....	14
Ilustración 12: Resultados globales “Qüestionari d’atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària “ del 2018 de Cataluña”	42
Ilustración 13: Resultados globales “Qüestionari d’atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària” del 2018 de distintas regiones sanitarias de Cataluña	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Principales Infecciones de Transmisión Sexual	4
Tabla 2: Clasificación sindrómica de las ITS	15
Tabla 3: Resumen efectividad de las intervenciones de prevención primaria	30
Tabla 4: Resumen proyectos existentes.....	38
Tabla 5: Formato PICO.....	45
Tabla 6: Variables independientes e instrumentos de medida del proyecto	51
Tabla 7: Variables dependientes e instrumentos de medida del proyecto	51
Tabla 8: Continuación variables dependientes e instrumentos de medida del proyecto	52
Tabla 9: Recogida de datos de los usuarios con resultado positivo y que aceptan participar en la APP.....	57
Tabla 10: Recogida de datos de los usuarios con resultado positivo y que no aceptan participar en la APP.....	57
Tabla 11: Recogida de datos de los usuarios con resultado negativo y que aceptan participar en la APP.....	57
Tabla 12: Recogida de datos de los usuarios con resultado negativo y que no aceptan participar en la APP.....	57
Tabla 13: Recogida de datos en el servicio convencional	58
Tabla 14: Servicios ofrecidos en la unidad	65
Tabla 15: Servicios ofrecidos en la unidad	66
Tabla 16: Relación objetivos-variables-actividades-cuestionarios	74
Tabla 17: Comparación servicio Unidad "OPTITS exprés" - Servicio convencional	76
Tabla 18: Cronograma- Fuente: elaboración propia	82

LISTA DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	DESARROLLO
AAP	<i>American Academy of Pediatrics.</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists.</i>
AP	Atención Primaria
APP	Aplicación informática, <i>application</i>
ARN	Ácido ribonucleico.
ASSIR	Atención a la salud sexual y reproductiva.
CAP	Centro de atención primaria.
CEIC	Comité de Ética de Investigación Clínica
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention.</i>
CEEISCAT	<i>Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya.</i>
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control/</i> Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria.
EMA	Agencia Europea del Medicamento.
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria.
FTC	Emtricitabina.
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
HSM	<i>Hospital Santa Maria.</i>
HUAV	<i>Hospital Universitari Arnau de Vilanova.</i>
ICS	<i>Institut Català de la Salut.</i>
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
LGV	Linfogranuloma venéreo.
MDO	<i>Malalties de declaració obligatòria.</i>
MT	Mujeres transexuales.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPTITS	Prefijo Opt- de optimismo, -ITS de infecciones de transmisión sexual.
PICO	<i>Patient- Intervention- Comparison- Outcome.</i>
PCR	Reacción en Cadena de Polimerasa.
PPE	Profilaxis postexposición.
PPEO	Profilaxis postexposición ocupacional.
PPNO	Profilaxis postexposición no ocupacional.
PrEP	Profilaxis preexposición.
PSAS	Plan de salud afectiva y sexual.
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
STI	Sexually Transmitted Infection.
SERVPERF	<i>Service Performance</i>

ABREVIATURA	DESARROLLO
SIM	Sistema de Información Microbiológica.
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.
SNMC	<i>Sistema de notificació microbiològica de Catalunya.</i>
STAI	Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado.
TAR	Tratamiento antirretroviral.
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato.
USPSTF	<i>US Preventive Services Task Force.</i>
VHA	Virus de la hepatitis A.
VHB	Virus de la hepatitis B.
VHC	Virus de la hepatitis C.
VHS	Virus herpes simple.
VHS-2	Virus herpes simple tipo 2.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VPH	Virus del papiloma humano.
WHO	<i>World Health Organization.</i>
XVEC	<i>Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya</i>
56DS	<i>56 Dean Street.</i>

RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día en el mundo, más de un millón de personas contraen una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Si no se detectan precozmente, las consecuencias que estas infecciones pueden provocar son alarmantes, convirtiéndose en un problema de salud pública global, por su elevada incidencia y morbilidad. El método más eficaz para prevenir las ITS, es la prevención combinada de estrategias conductuales, biomédicas y estructurales con métodos primarios de prevención. Además, se ha demostrado que las pruebas rápidas de cribado contribuyen a la reducción de su prevalencia.

Objetivo: Evaluar el impacto de la implementación de un circuito rápido para el abordaje de las ITS en el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en la Unidad “OPTITS exprés” en comparación con el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio convencional mediante el cuestionario SERVPERF (*Service Performance*).

Metodología: Estudio observacional en el que se comparan dos grupos: un grupo basal (servicio convencional) y un grupo intervención (servicio centralizado Unidad “OPTITS exprés”), midiéndose en ambos el nivel de satisfacción del usuario. Se implementará la unidad en las consultas externas del HUAV, para centralizar la atención a la salud sexual y reproductiva de la población de Lleida. Esta unidad dispondrá de un equipo multidisciplinar y de los recursos necesarios para asegurar un acceso rápido y de calidad para el cribaje de las ITS.

Conclusiones: Según los proyectos existentes, la implementación de un circuito rápido para el cribaje de las ITS permitirá agilizar la atención al usuario asegurando un diagnóstico rápido y tratamiento precoz, no solo de las personas afectadas, sino también de sus contactos, minimizando así la cadena de transmisión, previniendo nuevos casos y favoreciendo a la vez su pronóstico, pudiendo contribuir en la disminución de la incidencia de las ITS.

Palabras clave (términos DeCS): Infecciones de Transmisión Sexual, prevención y control, educación sexual, diagnóstico precoz, tratamiento.

RESUM

Introducció: Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), cada dia en el món, més d'un milió de persones contreen una Infecció de Transmissió Sexual (ITS). Si no es detecten precoçment, les conseqüències que aquestes infeccions poden provocar són alarmants, convertint-se en un problema de salut pública global, degut a la seva elevada incidència i morbiditat. El mètode més eficaç per prevenir les ITS, és la prevenció combinada d'estratègies conductuals, biomèdiques i estructurals amb mètodes primaris de prevenció. A més, s'ha demostrat que les proves ràpides de cribratge contribueixen a la reducció de la seva prevalença.

Objectiu: Avaluar l'impacte de la implementació d'un circuit ràpid per l'abordatge de les ITS en el nivell de satisfacció dels usuaris atesos en la Unitat "OPTITS exprés" en comparació amb el nivell de satisfacció del servei convencional mitjançant el qüestionari SERVPERF (*Service Performance*).

Metodologia: Estudi observacional en el que es compara dos grups: un grup basal (servei convencional) i un grup intervenció (servei centralitzat Unitat "OPTITS exprés"), mesurant-se en els dos el nivell de satisfacció de l'usuari. S'implementarà la unitat en les consultes externes de l'HUAV, per centralitzar l'atenció a la salut sexual i reproductiva de la població de Lleida. Aquesta unitat comptarà amb un equip multidisciplinari i amb els recursos necessaris per assegurar un accés ràpid i de qualitat per al cribratge de les ITS.

Conclusions: Segons els projectes existents, la implementació d'un circuit ràpid per al cribratge de les ITS permetrà agilitzar l'atenció de l'usuari assegurant un diagnòstic ràpid i tractament precoç, no sols de les persones afectades, sinó també dels seus contactes, minimitzant així la cadena de transmissió, prevenint nous casos i afavorint també el seu pronòstic, contribuint en la disminució de la incidència de les ITS.

Paraules clau (termes DeCS): Infeccions de Transmissió Sexual, prevenció i control, educació sexual, diagnòstic precoç, tractament.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), every day in the world, more than a million people contract a Sexually Transmitted Infection (STI). If they are not detected early, the consequences that these infections can cause are alarming, becoming a global public health problem, due to their high incidence and morbidity. The most effective method of preventing ITS, is the combined prevention of behavioural, biomedical, and structural strategies with primary prevention methods. Furthermore, rapid screening tests have been shown to help reduce its prevalence.

Objective: Evaluate the impact of the implementation of a rapid circuit for addressing STIs on the satisfaction level of the users served in the “OPTITS Exprés Unit” compared to the level of satisfaction of the conventional services.

Methods: Observational study in which two groups are compared: a basal group (conventional service) and an intervention group (centralized service “OPTITS Exprés Unit”) measuring in both the level of user satisfaction. The unit will be implemented in outpatient HUAV consultations, to centralize sexual and reproductive health care for the Lleida population. This unit will have a multidisciplinary team and the necessary resources to ensure a rapid and quality access for STIs screening.

Conclusion: According to the existing projects, the implementation of a rapid circuit for the screening of STIs will speed up user care, ensuring rapid diagnosis and early treatment, not only of those affected, but also of their contacts. In this way, the chain of transmission will be minimised, preventing new cases and at the same time favouring their prognosis and being able to reduce the incidence of STIs.

Keywords (DeCs): “Sexually Transmitted Infections”, “prevention and control”, “Sex Education”, “Early Diagnosis”, “Treatment”.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) son un problema de salud pública global tanto por su elevada incidencia como por su morbilidad, afectando a la salud sexual y reproductiva y a la salud del recién nacido (1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día en el mundo, más de un millón de personas contraen una ITS. A nivel mundial, anualmente, 376 millones de personas de entre 15 y 49 años contraen infecciones bacterianas y protozoarias. Son alarmantes las consecuencias que estas infecciones pueden provocar si no se detectan precozmente: Más de 300.000 muertes fetales y neonatales son provocadas anualmente en el mundo por la infección de la sífilis durante el embarazo; más de 290 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano (VPH), causando más de 500.000 casos de cáncer cérvico-uterino y unas 266.000 muertes al año; y más de 500 millones de personas son portadoras del virus herpes simple tipo 2 (VHS-2), el causante del herpes genital (1).

En Cataluña, según el informe anual del 2018 de la vigilancia epidemiológica de las ITS, se puede observar un aumento del 9% de nuevos casos respecto al 2017. Este aumento se debe a la mejoría de los sistemas de vigilancia epidemiológica, la mejoría en la detección de casos, pero también a los cambios en las conductas sexuales que se han producido en los últimos años (3).

Durante años, la prevención de la transmisión de la infección por vía sexual se ha basado exclusivamente en la promoción del uso del preservativo y la modificación de las conductas sexuales (4). No obstante, los resultados de los estudios existentes sobre estas intervenciones son discrepantes. Además, según la OMS el método más eficaz para prevenir su adquisición y transmisión es la prevención combinada de estrategias conductuales, biomédicas y estructurales con métodos primarios de prevención, como son los métodos de barrera (5,6). También, la última evidencia científica afirma que las pruebas rápidas de cribado son efectivas en la reducción de la prevalencia de estas infecciones (7). Es por estos motivos que surge la necesidad de reevaluar la forma en que se han llevado a cabo estas estrategias de prevención y garantizar el diagnóstico y tratamiento precoz, no solo de las personas afectadas, sino también de sus contactos sexuales, a fin de minimizar tanto la incidencia como la morbilidad de dichas infecciones.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. CONCEPTOS BÁSICOS:

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) engloban diversas patologías de etiología infecciosa diversa. El principal mecanismo de contagio es por transmisión sexual, ya sea por sexo vaginal, anal u oral, aunque también puede producirse por transmisión perinatal o por vía parenteral.

La transmisión sexual, se puede producir mediante el contacto directo con fluidos corporales infectados, ya sea sangre, semen o secreciones vaginales, a través del contacto directo de la piel con heridas o membranas mucosas, o mediante el contacto con juguetes sexuales contaminados (8). La transmisión perinatal, se produce al transmitirse la ITS de la madre al hijo durante el embarazo o el parto; concretamente, las ITS que se pueden transmitir por esta vía son la *Treponema pallidum* (a partir de ahora se nombrará como sífilis), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la *Chlamydia trachomatis* (a partir de ahora se nombrará como clamidia), la *Neisseria gonorrhoeae* (a partir de ahora se nombrará como gonorrea), el virus herpes simple (VHS) y el virus del papiloma humano (VPH). En cambio, la transmisión vía parenteral se produce al estar en contacto con la sangre o sus hemoderivados (9,10).

Dentro de la diversidad de las ITS, la sintomatología puede variar en función de la infección e incluso podemos encontrar casos en los que resulten asintomáticas a pesar de estar infectado. En el caso de las sintomáticas, pueden presentar: flujo vaginal, secreción o ardor uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal (9,10). Sin embargo, según la evolución de la ITS se pueden presentar complicaciones dando lugar a manifestaciones más generales y que afecten a otros órganos (2).

La presencia de unas ITS favorecen la transmisión de otras como por ejemplo el VIH o el virus del hepatitis C (VHC), a la vez que provocan cambios celulares que preceden algunos tipos de cáncer, como el cáncer cérvico-uterino (2,5,10). Por lo que se convierten en un problema de salud pública de primer orden no controlado, afectando a la salud sexual, reproductiva y del recién nacido; pudiendo ser la causa de importantes problemas de salud como la enfermedad inflamatoria pélvica, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (la presencia de una ITS, como la sífilis, gonorrea y el VHS, aumenta el riesgo de contraer o transmitir la infección por VIH), complicaciones durante el embarazo pudiendo llegar a provocar la muerte fetal y

neonatal, la infertilidad y el cáncer cervical (2,11). Además, las consecuencias físicas, psicológicas y sociales comprometen la calidad de vida y el bienestar general de las personas afectadas (5).

1.1.1.1. PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A continuación se expone un recuadro con las características de las principales ITS de declaración obligatoria individualizada de Cataluña:

Tabla 1: Principales Infecciones de Transmisión Sexual

PATOLOGÍA	MICROORGA-NISMO	PRINCIPALES MANIFESTACIONES	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	TRATAMIENTO CONTACTOS
GONORREA	Bacteria Neisseria Gonorrhoeae (10).	<p>Son frecuentes las infecciones asintomáticas, especialmente en mujeres (12).</p> <p>En mujeres: uretritis, cervicitis y otros síntomas como leucorrea (exceso de secreción vaginal), disuria y prurito (12–14).</p> <p>En hombres: uretritis, ligero prurito y sensación de quemazón, disuria, polaquiuria, piuria, dolor irradiado a epidídimo y síntomas ano-rectales de dolor, tenesmo (12,14).</p>	-Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) sobre muestras genitales (vaginal o endocervical) o cultivo específico sobre una muestra endocervical (15).	Combinación de los dos siguientes antibióticos: Ceftriaxona 500mg intramuscular y Azitromicina 2g dosis única vía oral (16).	-Contactos sexuales en los 60 días previos al diagnóstico: derivación para evaluación, prueba diagnóstica y tratamiento dual de los antibióticos, igual que al paciente afectado (16).
CLAMIDIA	Bacteria Chlamydia Trachomatis (10).	<p>Asintomática en un 80% de las mujeres y en un 10% de los hombres. Los síntomas uretrales son los alarmantes (10,12,17):</p> <p>En mujeres: uretritis, cervicitis, disparemia (coito doloroso), disuria, polaquiuria y urgencia miccional, dolor pélvico (10,12–14).</p> <p>En hombres: uretritis, acompañado de disuria, irritación en el glande y picor (10,12–14).</p>	-Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) sobre muestras genitales (vaginal o endocervical) (13,15).	Antibiótico Doxiciclina 100mg cada 12 horas vía oral durante 7 días o Azitromicina 1g vía oral dosis única (13,17,18).	<p>-Contactos sexuales en los 60 días previos al diagnóstico: derivación para evaluación, prueba diagnóstica y tratamiento (16).</p> <p>-Se debe evaluar y tratar a la pareja más reciente del infectado, incluso si el último contacto fue más de 60 días antes del diagnóstico (16).</p>

TABLA 1: PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PATOLOGÍA	MICROORGA-NISMO	PRINCIPALES MANIFESTACIONES	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	TRATAMIENTO CONTACTOS
SÍFILIS	Bacteria Treponema pallidum (10).	<p>En mujeres y hombres: úlceras genitales/anales y orales indoloras, acompañadas de adenopatías locales (13,17).</p> <p>-Sífilis primaria: lesión solitaria e indolora, llamada chancro, que en los hombres aparece normalmente en el pene y en las mujeres en los labios mayores (10,12,13).</p> <p>-Sífilis secundaria: erupción eritematosa en las palmas y la planta del pie, lesiones en los genitales conocidas como condylomata lata. Se suele acompañar de malestar, cefaleas, dolores musculares, pérdida de peso, fiebre...(10,13).</p> <p>-Sífilis terciaria o tardía: Se divide en sífilis gomatosas (lesión granulomatosa benigna destructiva a nivel local que puede afectar a cualquier órgano, pero lo más frecuente es la localización cutánea y en los huesos), cardiovascular y complicaciones neurológicas tardías (10,12,13).</p>	<p>-Indirecto: test serológicos que detectan la presencia de anticuerpos específicos (test treponémicos) y de anticuerpos no específicos (test cardiolipínicos o reagínicos) (19).</p> <p>-Directo: microscopía de campo oscuro, inmunofluorescencia directa o PCR (19).</p>	<p>Antibiótico Penicilina G Benzatina (aunque el tipo, la dosis y la duración variarán según el estadio de la sífilis) (13,16,18).</p>	<p>-Contactos sexuales en los 90 días previos al diagnóstico: tratar como si fuera una sífilis precoz, aunque la serología sea negativa (18).</p> <p>-Contactos sexuales con más de 90 días al diagnóstico: tratar como si fuera una sífilis precoz si no hay disponibilidad serológica inmediata. Si la serología es negativa, no es necesario tratar. Si es positiva, el tratamiento dependerá de la clínica, la serología y el estadio de la sífilis (20).</p> <p>-Realizar seguimiento de aquellas personas que hayan mantenido contacto sexual hace más de 3 meses con una persona diagnosticada de sífilis primaria, hace más de 6 meses si está diagnosticada de sífilis secundaria y hace 1 año con una persona con sífilis latente precoz (20).</p>

TABLA 1: PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PATOLOGÍA	MICROORGA-NISMO	PRINCIPALES MANIFESTACIONES	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	TRATAMIENTO CONTACTOS
LINFOGRA-NULOMA VENÉREO (LGV)	Serotipos invasivos L1, L2 o L3 de la bacteria Chlamydia trachomatis (10).	En mujeres y hombres: úlcera o pápula genital pequeña e indolora, uretritis, linfadenopatía inguinal...(10,13). En mujeres: cervicitis (14).	El diagnóstico requiere sospecha clínica. No existe un método rápido de detección precoz (19).	Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral durante 21 días (16,17).	Todas las personas que hayan mantenido relaciones sexuales con la persona infectada en los últimos 2 meses deben recibir tratamiento epidemiológico de 100mg de doxiciclina cada 12 horas vía oral durante 21 días (17).
INFECCIÓN VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2) (10).	En mujeres y hombres: cefalea, dolor muscular, dolor de garganta, fiebre y ganglios linfáticos inflamados (14).	Test serológico (detección anticuerpos contra VIH-1 y VIH 2) y test virológico (detección antígenos del VIH o ácido ribonucleico (ARN)) (16).	Antirretrovirales (combinación de 2 o 3 fármacos antirretrovirales) (20).	Profilaxis postexposición (PPE) (21).

Como ya se ha podido observar en la tabla anterior, según el tipo de ITS las manifestaciones clínicas se manifestarán en una zona u otra. A continuación una imagen resumen (14):

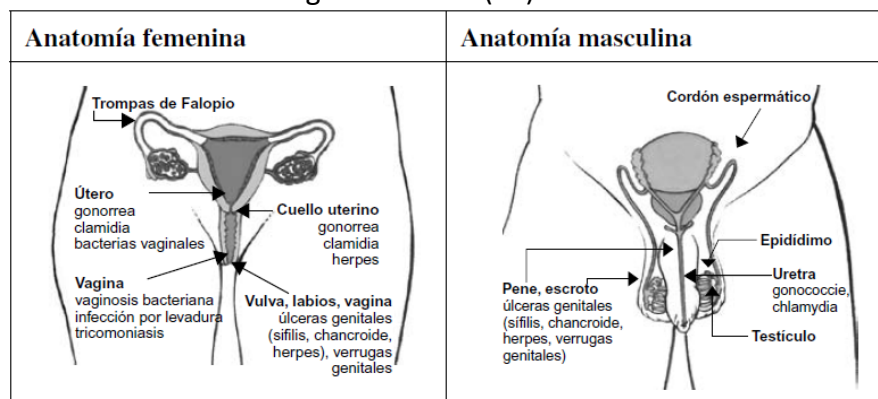


Ilustración 1: Principales zonas de afectación de las ITS

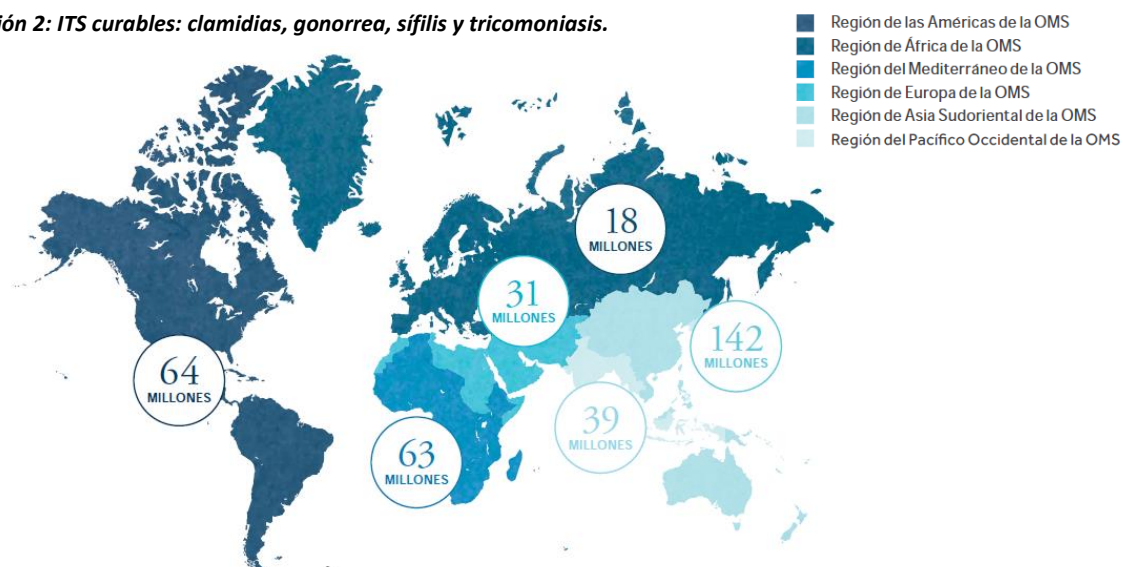
1.1.2. ANTECEDENTES: EPIDEMIOLOGÍA, MAGNITUD DEL PROBLEMA

La epidemiología de estas infecciones es difícil de conocer por la historia natural de cada una de ellas (algunos casos son asintomáticos), la disponibilidad de métodos diagnósticos, la insuficiencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica, los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes y los programas de búsqueda activa de casos (10). Además, su detección se ve dificultada por la discriminación que se asocia a las ITS, provocando que los afectados no acudan a los centros de atención (11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día más de un millón de personas contraen una ITS. A nivel mundial, anualmente, 376 millones de personas de entre 15 y 49 años contraen infecciones bacterianas y protozoarias. En 2016, se estimaron 127 millones de casos de clamidia, 87 millones de gonorrea, 6,3 millones de sífilis y 156 millones de *Trichomonas vaginalis*. Además, se estima que más de 500 millones de personas son portadoras del virus que provoca la infección genital por el virus herpes simple (VHS), más de 300 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano (VPH), y que anualmente, se producen millones de casos de ITS asociadas a virus como el VIH y el virus de la hepatitis B crónica (VHB) (2,9,11).

Según estimaciones de la OMS, los 357 millones de casos de ITS curables en 2012 se distribuían de la siguiente manera (5):

Ilustración 2: ITS curables: clamidias, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021: Hacia el fin de las ITS. 2016 (5).

En Europa, desde 2009 la vigilancia epidemiológica de las ITS está coordinada por el *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*. En los últimos datos epidemiológicos, se muestra un aumento de los casos de gonorrea y sífilis, afectando en más de un 75% a hombres homosexuales. Otras infecciones como el VIH, el herpes genital y el linfogranuloma venéreo (LGV) también han presentado un aumento en su tasa de infección. En el caso del VHB, su incidencia ha disminuido en un 13% en el último año debido a los programas de vacunación. Además, también se han declarado 65 casos de sífilis congénita. En el año 2010, la infección por clamidia fue la ITS bacteriana más frecuente en Europa, debido al cribado de los asintomáticos y al estudio de sus contactos (10,11).

En España, es el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM) incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) el que permite obtener la información epidemiológica de estas infecciones. Desde 2015, son cinco las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) individualizada: Sífilis, sífilis congénita, gonorrea, clamidia y el linfogranuloma venéreo (LGV). Igual que al resto de Europa, la infección por *C.trachomatis* es la más frecuente, afectando principalmente a mujeres jóvenes de entre 20-24 años (2,22). Desde 2001, se mantiene el aumento de la incidencia de la gonorrea, siendo más predominante en hombres de 20-24 años, seguido de los de 25-34 años (22). Mientras que en los casos afectados por la sífilis, se observaba un estancamiento a niveles altos desde el 2011, pero es en 2017 cuando se observa una de las tasas más elevadas de casos de sífilis desde 1995; siendo al igual que la gonorrea más predominante en hombres de entre 25 y 34 años y en mujeres de entre 20-24 años (2,11,22). El segundo grupo más afectado es el de 20-24 años en los hombres y el de 25-34 años en mujeres (22). En el caso de la sífilis congénita hay una mayor afectación en hombres de entre 20-24 años que en mujeres y el número de casos de linfogranuloma venéreo (LGV) también se ha incrementado un 15% desde el 2015, afectando más en hombres de entre 25 y 34 años, seguido de los 35 y 44 años de edad (2,22). Mientras que la infecciones por el VIH parecen haberse estabilizado llegándose a evidenciar una tendencia descendente, aunque ralentizada en los últimos años, de los nuevos casos de SIDA iniciada tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales a mediados de la década de 1990 (11,23).

Indicadores	Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Nº de CCAA que notifican	19	19	15	12
Número casos notificados	8.722	4.941	9.865	414
Tasa por 100.000 habitantes*	18,74	10,61	24,55	1,15
Razón hombre: mujer	5,2	8,0	0,9	40,2
Porcentaje de hombres	83,8%	88,9%	47,9%	97,1%
Porcentaje de casos en menores de 25 años	27,1%	12,6%	38,8%	8,5%
Tasa entre 20-24 años por 100.000 habitantes*	78,21	21,69	136,77	1,73

*Calculada para el conjunto de Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia

Ilustración 3: Situación epidemiológica de la infección por gonorrea, sífilis, *C.trachomatis* y LGV. España, 2017

Ilustración 4: Incidencia de gonorrea; Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2017

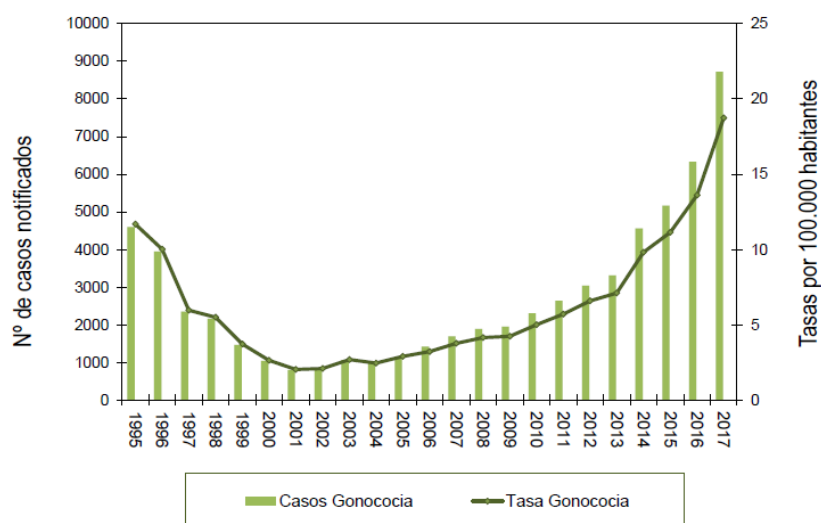
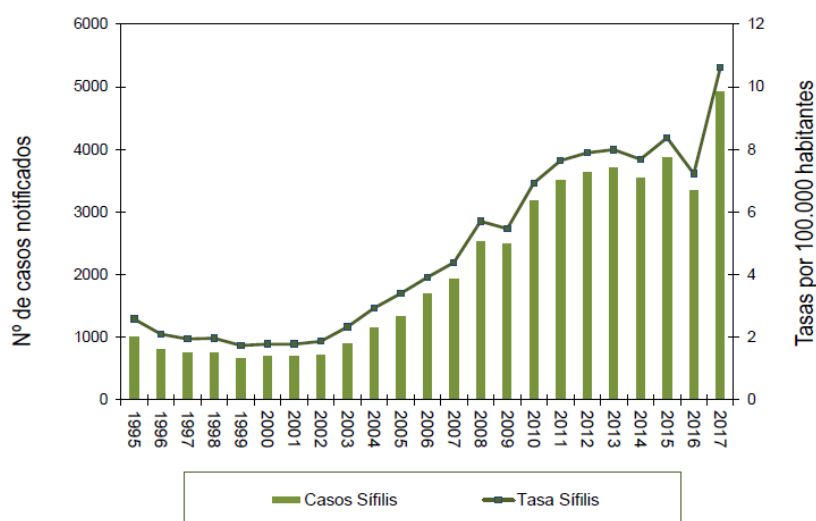
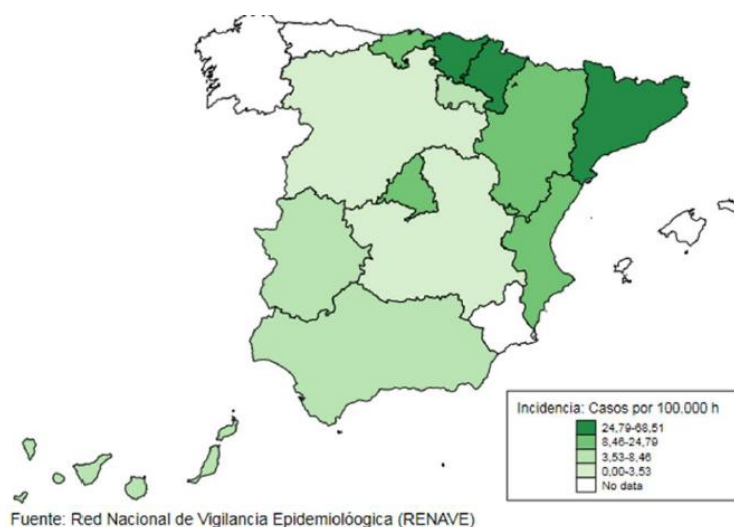


Ilustración 5: Incidencia de sífilis; Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2017



Fuente: Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2017. Madrid Cent Nac Epidemiol Inst Salud Carlos III/Plan Nac sobre el SIDA, Dir Gen Salud Pública, Calid e Innovación [Internet]. 2019 (22).

Ilustración 6: Incidencia de clamidia por Comunidad Autónoma, 2017. Tasas por 100.000 habitantes.



Fuente: Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2017. Madrid Cent Nac Epidemiol Inst Salud Carlos III/Plan Nac sobre el SIDA, Dir Gen Salud Pública, Calid e Innovación [Internet]. 2019 (22).

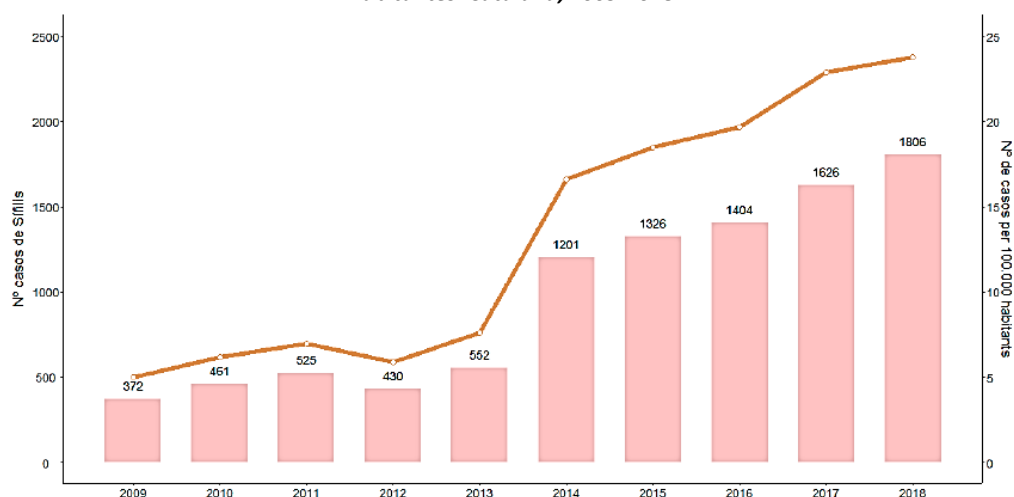
En Cataluña, para la vigilancia epidemiológica de las ITS también se utilizan dos tipos de sistemas: El “Sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO)” y el “Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC)”, los cuales forman parte de la “Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (XVEC)”. El primer sistema (MDO), recibe desde la red asistencial, por parte del profesional sanitario, la notificación del caso por sospecha clínica según los criterios consensuados de las enfermedades sometidas a declaración. Las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) individualizada, relacionadas con la vida sexual que se notifican a este sistema, son las siguientes: la sífilis, el linfogranuloma venéreo (LGV), la gonorrea, la clamidia, el virus de la hepatitis A (VHA), B (VHB) y C (VHC). En cambio, el segundo sistema (SNMC), recibe las notificaciones de los microorganismos objetos de declaración detectados en los laboratorios y centros que participan, es decir, es el laboratorio quien realiza la notificación. Las ITS que se notifican a este sistema son: la clamidia, la gonorrea, el herpes simple (VHS), la sífilis, la *Trichomonas vaginalis*, el linfogranuloma venéreo (LGV), el virus de la hepatitis A (VHA) y B (VHB).

Según el informe anual del 2018, se notificaron 13.733 casos de sífilis, gonorrea, clamidia y linfogranuloma venéreo en Cataluña, suponiendo un aumento del 9% respecto al año 2017. Durante los últimos cinco años (2014-2018), se ha producido un aumento significativo del

número de casos de ITS: aumentando un 20% interanual los casos de gonorrea y clamidia, un 10% interanual los de sífilis y aumentando hasta el doble las tasas del virus del herpes simple (VHS) y *Trichomonas vaginalis* en 2018 respecto al 2014 (3). Los motivos por el cual ha habido este aumento surgen de la mejoría de los sistemas de vigilancia epidemiológica, la mejoría en la detección de casos, pero también de los cambios en las conductas sexuales que se han producido en los últimos años.

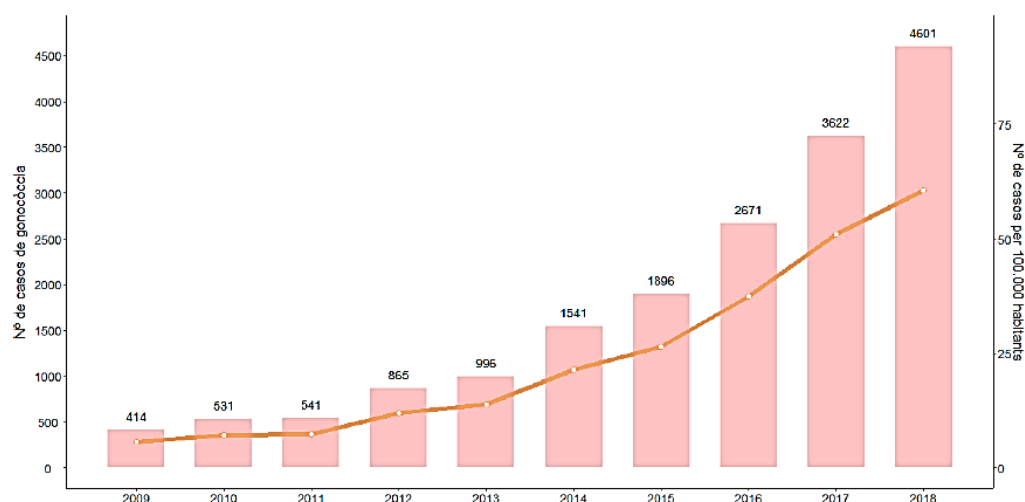
En la sífilis y el linfogranuloma venéreo (LGV), desde el 2008 se ha observado un aumento de los casos, especialmente en los hombres, afectando principalmente a los homosexuales. En el caso de la gonorrea, también se ha incrementado el número de casos, triplicándose en los homosexuales, y duplicándose en las mujeres y hombres heterosexuales desde los datos de 2009 a los del 2018 (3). En el caso de la clamidia, del herpes simple y de las infecciones por *Trichomonas vaginalis*, también ha ido incrementándose su incidencia, aumentando tanto en hombres como en mujeres pero siendo más prevalente en las mujeres. Donde más han aumentado los casos de ITS es entre la población joven de 15 y 24 años (aumentado de manera significativa sobre todo en las mujeres), en la población extranjera y en los homosexuales (3,24).

Ilustración 7: Evolución de los casos de sífilis notificados por 100.000 habitantes. Cataluña, 2009-2018



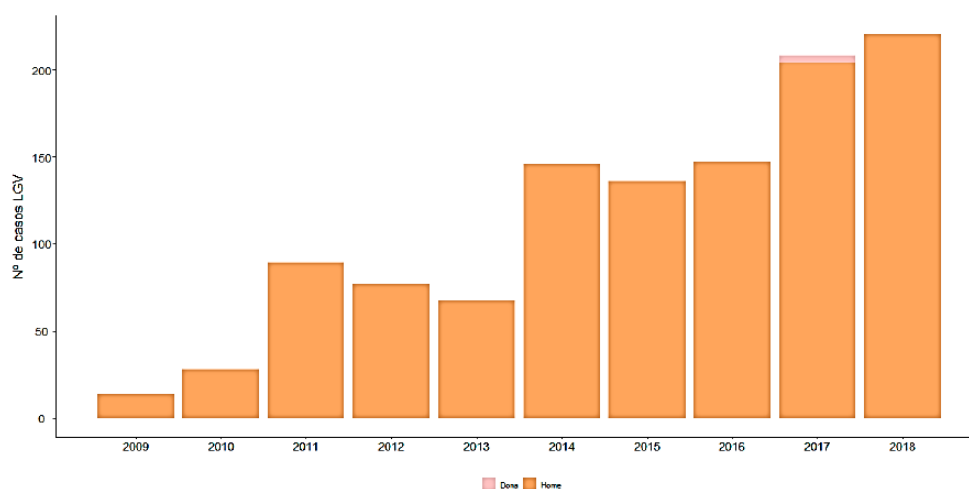
Fuente: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malaltia de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019 (3).

Il·lustració 8: Evolució de los casos de gonorrea notificados por 100.000 habitantes. Catalunya, 2009-2018



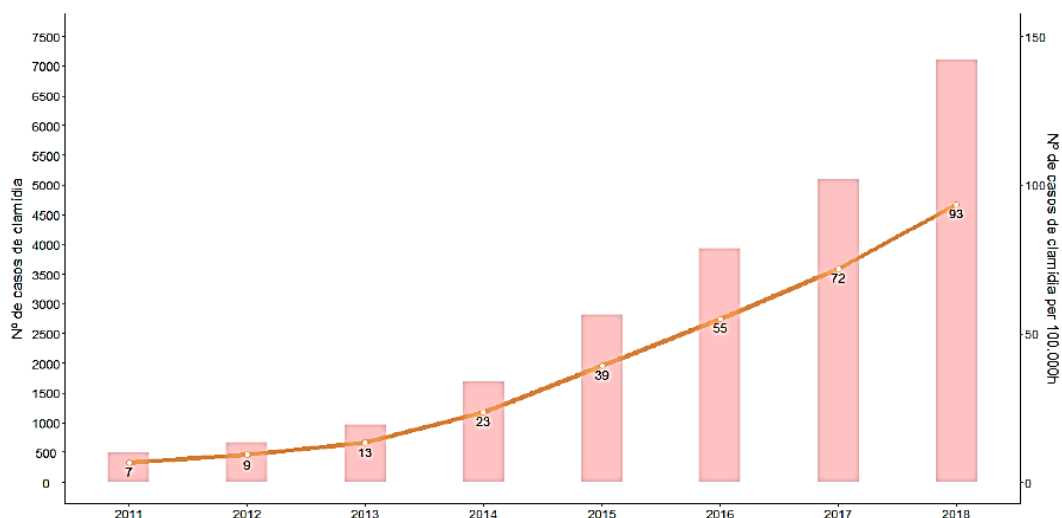
Fuente: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malaltia de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019 (3).

Il·lustració 9: Evolució de los casos de linfogranuloma venéreo. Catalunya, 2009-2018



Fuente: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malaltia de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019 (3).

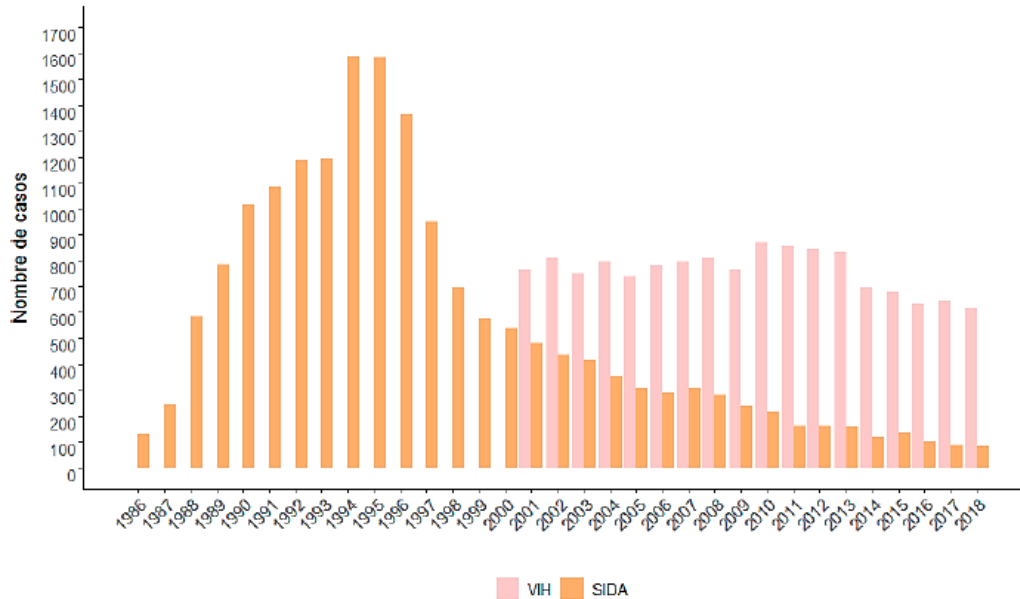
Il·lustració 10: Evolució de los casos de clamídia notificados por 100.000 habitantes. Catalunya, 2011-2018



Fuente: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malaltia de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019 (3).

Dentro de la “Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (XVEC)”, també se inclueix la vigilància epidemiològica de la infecció per el VIH y el SIDA. La taxa de diagnòstics de VIH, han disminuït entre el 2009 y el 2018 (25). El SIDA, juntó con las ya nombradas anteriormente, també es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) individualizada. Desde los años 1996 y 1998 que se produjo un fuerte descenso de los casos detectados, la disminución anual es menor y más gradual debido a la incorporación de tratamientos universales desde 2015. Aunque la tasa global de nuevos diagnòstics sigue estando por encima de la media europea (25). En el año 2018, se observó una disminución en un 10% respecto al año anterior (25). No obstante, sigue manteniéndose elevada la incidencia de nuevos casos diagnosticados en inmigrantes y en hombres homosexuales (26).

Il·lustració 11: Evolució anual de los diagnòstics de VIH y los casos de SIDA. Catalunya, 1981-2018



Fuente: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019;1–18.

1.1.2.1. PERCEPCIÓN DE INVULNERABILIDAD

Actualmente, cada vez son más los jóvenes que tienen un mayor número de parejas sexuales y siguen practicando sexo esporádico sin preservativo. Los actos que favorecen mantener estas relaciones sexuales de riesgo son la espontaneidad, la no planificación de sus relaciones sexuales y la infravaloración de los riesgos para su salud (27,28).

La tendencia de la mayoría de la población es creer que uno mismo tiene menos posibilidades de contraer una ITS/VIH respecto al resto de la población. Esta sensación se conoce como ilusión de invulnerabilidad. Los sentimientos de invulnerabilidad frente a la adquisición de las ITS/VIH es uno de los factores que han contribuido en el aumento de la incidencia de estas mismas (27,29).

Según el estudio de Pastor *et al.* (27), un 65% de los estudiantes universitarios percibían menor riesgo de contraer el SIDA, siendo las mujeres, los heterosexuales y los que tenían relaciones estables los que mayor percepción de invulnerabilidad tenían. Una de las posibles causas de este hecho, puede ser la baja percepción de gravedad de las ITS/VIH y el desconocimiento de sus consecuencias, por lo que es más probable que no se adopten medidas de prevención.

1.1.3. SEVERIDAD DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Como ya se ha comentado anteriormente, las ITS por su elevada morbilidad y mortalidad son un problema de salud importante en todo el mundo, ya sea por la carga de enfermedad que generan, o por las complicaciones y efectos adversos en la calidad de vida, en la salud sexual y reproductiva, y en la salud del niño, que se producen si no se diagnostican y tratan precozmente. Las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria (30,31). Además, suponen una carga económica elevada (31).

Las ITS pueden ocasionar un conjunto de signos y síntomas que según su lugar de afectación se clasifican en síndromes genitales y extragenitales. A continuación, se presenta una tabla con los principales síndromes (12,14,32):

Tabla 2: Clasificación sindrómica de las ITS

SÍNDROMES GENITALES	SÍNDROMES EXTRAGENITALES
Síndrome de úlcera genital.	Faringitis de transmisión sexual.
Síndrome de secreción uretral: uretritis.	Infecciones ano-rectales: proctitis, proctocolitis y enteritis.
Síndrome de secreción vaginal.	Afecciones generales: infección por VIH (SIDA).
Verrugas genitales.	Patología genital no venérea: procesos fisiológicos (pápulas perladas del pene, glándulas sebáceas ectópicas), infecciones, lesiones inflamatorias, tumores benignos y malignos.
Síndrome de dolor abdominal bajo o Síndrome de infección inflamatoria pélvica.	

Síndromes genitales:

- Síndrome de úlcera genital: se caracteriza por la presencia de una úlcera, dolorosa o no, en los órganos sexuales, que puede presentar o no adenopatía inguinal (edema de los ganglios linfáticos). En los hombres, aparecen en el pene, en el recto o en el escroto; en las mujeres, en los labios de la vulva, en la vagina o en el recto. Pueden ser provocadas por la sífilis, la chancroide, el linfogranuloma venéreo (LGV) y el granuloma inguinal. Además, pueden aparecer vesículas genitales o anales, tanto en hombres como en mujeres. Estas son causadas por el virus herpes simple (VHS) (12,14,32).

- Síndrome de secreción uretral o uretritis: se caracteriza por la presencia de molestias debido a secreciones mucosas o mucopurulentas en la parte anterior de la uretra, que pueden acompañarse de disuria (dolor o molestia al orinar), tenesmo vesical, prurito e irritación en el glande/prepucio (8,12,14). En la mayoría de los casos, es provocado por la gonorrea y la clamidia. Aunque también puede aparecer por la infección por *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* o *Mycoplasma hominis* (8,12,14,30,32). También podemos encontrar casos de cervicitis, caracterizada por la presencia de secreciones mucosas o mucopurulentas en la zona del cérvix (17).
- Síndrome de secreción vaginal: se caracteriza por la presencia de variaciones en el flujo vaginal en cuanto a cantidad, color y olor (16,30). Se puede acompañar de dolor abdominal, prurito, inflamación genital, dispareunia (dolor en la penetración) y disuria (dolor o molestia al orinar) (8,12,14,32). De las principales causas, sólo una de ellas, la *Trichomona vaginalis*, es una ITS, las otras dos, la vaginosis bacteriana y la candidiasis vulvovaginal son debido al desequilibrio en la flora del ecosistema vaginal (17). Aunque también puede aparecer en los casos de clamidia y gonorrea (8,12,14,32).
- Verrugas genitales o condiloma acuminado: se suelen localizar en la región ano-genital. Son típicas de la infección por el virus del papiloma humano (VPH)(12).
- Síndrome del dolor abdominal bajo o de la infección inflamatoria pélvica: se caracteriza por la presencia de dolor en la zona abdominal baja o durante las relaciones sexuales en la penetración (dispareunia). Además pueden presentar fiebre, secreción purulenta cervical, dolor a la palpación abdominal y durante la movilización del cuello uterino. Estos signos/síntomas pueden ser indicativos de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). En la mayoría de los casos, es causado por la gonorrea y la clamidia (8,12,14,32).

El no tratamiento de las ITS tiene consecuencias importantes para la salud sexual reproductiva, materna y neonatal (31). Puede afectar tanto a hombres como mujeres, pero las consecuencias en las mujeres son más graves y comunes (14).

Entre las consecuencias de las ITS para las mujeres, están la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), la infertilidad por falta de permeabilidad tubárica, el embarazo ectópico debido a la implantación del espermatozoide en las trompas de Falopio u otro lugar extrauterino, y los resultados adversos en el embarazo como el aborto espontáneo y la muerte fetal como

consecuencia de la infección de la placenta o del saco amniótico (corioamnionitis). Esta infección, también puede provocar la rotura prematura de las membranas, el parto prematuro y la infección congénita. La enfermedad pélvica inflamatoria es una de las consecuencias más graves y es producida cuando una infección del tracto genital inferior (cuello uterino o vagina) afecta al tracto genital superior (útero, trompas de Falopio, ovarios). El daño tisular resultante puede provocar las consecuencias nombradas anteriormente, siendo la probabilidad de tener embarazos ectópicos de 6 a 10 veces mayor en mujeres que han sufrido EPI (14,31).

Otras de las consecuencias que pueden aparecer son la ceguera, discapacidad y muerte del recién nacido, debido a la infección congénita por sífilis, gonorrea, clamidia, virus del herpes simple, hepatitis B y VIH. Además, la infección del VPH puede producir infección neonatal y se asocia a un mayor riesgo de cáncer cervical. A parte de las consecuencias nombradas hasta ahora, también encontramos que la sífilis congénita y tardía, puede comprometer al sistema vascular y nervioso; la hepatitis B, puede llegar a producir hepatitis crónica y carcinoma hepatocelular; el virus herpes simple, producir secuelas como ulceraciones y recurrencias, suponiendo un riesgo de infección fetal, prenatal y neonatal; y la presencia de alguna ITS puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH (33).

1.1.4. FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO

La vulnerabilidad de las ITS vendrá determinada por las condiciones de la población de cada país, ya sean condiciones socio-económicas (desigualdad de género, pobreza), culturales (edad de inicio de las relaciones sexuales, lavados vaginales, “dry sex” refiriéndose al acto de mantener relaciones sexuales sin lubricación vaginal eliminándola al introducir hierbas afrodisíacas, antisépticos, detergentes, etc. en la vagina antes del coito, una práctica muy común en los países del África subsahariana) o biológicas (sexo, edad). Además de sus conductas sexuales (número de parejas sexuales, tipo de prácticas sexuales, uso de drogas y alcohol...) (34,35).

Clasificamos en tres grupos las poblaciones de riesgo: las poblaciones específicas, los adolescentes y jóvenes <25 años sexualmente activos, y las embarazadas.

- Las poblaciones específicas son aquellas personas con más probabilidad de tener un elevado número de parejas sexuales. Entre ellas encontramos las personas que ejercen

el sexo comercial y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las personas transgénero y las personas que ya tienen una ITS como el VIH. Otros grupos vulnerables, son las mujeres, los niños y jóvenes que viven en la calle, los consumidores de drogas, los presos, las personas afectadas por conflictos y disturbios y los inmigrantes recientes, concretamente aquellos que se encuentran en una situación ilegal, sin trabajo y sin medios económicos (5,34,35).

- Los adolescentes sexualmente activos y los jóvenes <25 años, son otro grupo de riesgo, ya que son más susceptibles de contraer alguna ITS debido a factores tanto de comportamiento sexual como de tipo biológico. Algunos factores de comportamiento sexual se asocian a la edad de inicio del primer coito y el tiempo entre la menarquia y este acto, al tipo de actividad sexual, a las parejas con múltiples parejas, a la tendencia de tener nuevas parejas en poco tiempo, al uso inconsistente del preservativo y otros métodos contraceptivos, y al consumo de alcohol y otras drogas (36). Biológicamente, su sistema inmunológico es inmaduro, los niveles de anticuerpos de tipo IgA en la mucosa cervical son menores y hay presencia de epitelio columnar en el exocérnix facilitando la infección por *N.gonorrhoeae* y por *C.trachomatis*, así como también del VPH (muchos adquieren la primera infección por el VPH entre los 15 y 19 años) (34,36).
- Las embarazadas también deben considerarse una población de riesgo. La infección intrauterina o perinatal son alguna de las complicaciones que pueden presentar (37). Además de la muerte fetal y neonatal. Más de 300.000 muertes fetales y neonatales por año son provocadas por la sífilis en el embarazo y expone a otros 215.000 niños a un mayor riesgo de muerte prematura (5).

Aparte de los grupos de población de riesgo que se han explicado, todas aquellas personas con prácticas sexuales de riesgo, a pesar de no estar incluidas en ningún grupo, son también población de riesgo.

1.1.5. ABORDAJE DE LA ITS:

Como se puede observar en el apartado de epidemiología, la incidencia de las ITS ha ido aumentando, por lo que es necesario reevaluar las estrategias de prevención, tanto primaria, secundaria y terciaria. Además, para garantizar el éxito de la prevención será necesario tener en cuenta las condiciones de la población a la cual se dirigirá (6). A continuación, se explicarán las principales estrategias existentes de los tres tipos de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria abarca todas aquellas acciones destinadas a disminuir la incidencia de las ITS y del VIH en una población concreta, reduciendo así el riesgo de nuevos casos. Tiene como objetivo evitar la infección de las ITS y del VIH mediante una serie de estrategias específicas.

Al planificar las intervenciones será necesario tener en cuenta la existencia de 3 tipos de población. La población “nuclear” o “core”, formada por los grupos más vulnerables en los cuales la transmisión es frecuente debido a sus conductas de alto riesgo; la población “puente” formada por las parejas de la población nuclear, es decir sus contactos sexuales; y la población general. Por lo que diremos que las intervenciones irán dirigidas a la población de riesgo, es decir, a la población “nuclear” o “core” incluyendo a la población “puente” (contacto sexual) y a la población general (6,35).

A continuación, se explicarán las principales estrategias de prevención primaria:

- Educación sanitaria y promoción del sexo seguro:

El método más eficaz para prevenir la transmisión y la adquisición de ITS, es la prevención combinada de estrategias conductuales, biomédicas y estructurales con métodos primarios de prevención, como son los métodos de barrera (el preservativo, entre otros) (5,6).

Las estrategias conductuales, son aquellas intervenciones dirigidas a los cambios de conductas que incluyen la educación sexual, el asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras, las estrategias de reducción de daños y las campañas de sensibilización y concienciación, donde se promueve el uso del preservativo. Las biomédicas, son aquellas intervenciones que utilizan medios biomédicos para reducir el riesgo físico de contraer una ITS o el VIH; la principal intervención biomédica a día de hoy es la

profilaxis preexposición (PrEP) al VIH. Mientras que las estrategias estructurales, son aquellas intervenciones que pretenden mejorar la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios preventivos y asistenciales de aquellas personas infectadas. Así como también, garantizar el acceso fácil a los preservativos, mediante máquinas de dispensación (38).

Según la OMS, para que esta prevención sea eficaz es necesario garantizar el acceso a la población a la información necesaria para comprender las ITS, a los productos básicos (como el preservativo) y a una serie de servicios como los de vacunación, de circuncisión médica masculina voluntaria, y los servicios de pruebas, tratamiento y atención a las personas con ITS (5). Las intervenciones orientadas al comportamiento sexual de los sujetos deben incluir la promoción del uso correcto, sistemático y consciente de los preservativos tanto femeninos como masculinos; la educación sexual, promocionando el sexo seguro y su bienestar personal; la reducción del número de parejas sexuales; el aumento de la cantidad de personas que se someten a las pruebas diagnósticas y el retraso del inicio de la actividad sexual (5).

- Vacunación: A día de hoy se dispone de vacunas para la hepatitis A, hepatitis B y el VPH, para conseguir su inmunización. Es uno de los métodos más efectivos para prevenir su transmisión (10,16,35). En España, entre 1992 y 1996, se introdujo la vacunación frente a la hepatitis B en recién nacidos y lactantes, por lo que la mayoría de los niños y adolescentes nacidos a partir de estos años están inmunizados, pero hay una gran cantidad de adultos no vacunados que mantienen relaciones sexuales de riesgo, por lo que se les debe ofrecer la vacuna gratuita. Esta vacuna, cada año previene millones de defunciones por insuficiencia hepática crónica y cáncer (10). La vacuna de la hepatitis A está indicada en los HSH, en los consumidores de drogas por vía parenteral y en los que mantengan prácticas sexuales de riesgo que sean susceptibles de adquirir esta infección por vía sexual, como pueden ser las personas con múltiples parejas sexuales y los trabajadores del sexo comercial. La vacuna del VPH se incorporó en los años 2007-2008, pero solo está indicada y financiada en las niñas de 12 años y en las mujeres sometidas a conización. Aunque se debe ofrecer la vacuna a todas aquellas mujeres no vacunadas, HSH y personas transgénero, hasta los 26 años (10,35).

- Profilaxis preexposición (PrEP) al VIH: Es una de las estrategias biomédicas a considerar como opción preventiva dentro de la prevención combinada. La PrEP es prescrita en unidades asistenciales y pretende prevenir la transmisión del VIH en personas VIH-seronegativas con alto riesgo de contraer la infección. Según la Agencia Europea del Medicamento (EMA), se autoriza la administración diaria de un medicamento antirretroviral, Truvada® (Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300mg, más Emtricitabina (FTC) 200mg) en una sola pastilla una vez al día, antes de la exposición al virus (1). Esta pauta debe acompañarse de una serie de medidas preventivas encaminadas a mejorar la adherencia al tratamiento e incidir en la práctica de sexo seguro. Los criterios de selección de las personas en situación de alto riesgo variarán según las condiciones de cada país, por lo que se debe asegurar su correcta identificación. En Europa, el grupo que más se beneficiaría de su administración es el grupo de HSH y de personas transgénero. La eficacia del tratamiento vendrá determinada por la adherencia a este, por lo que será necesario asegurar un acompañamiento continuo, junto con un consejo preventivo que potencie esta adherencia. Iniciada la PrEP se tiene que realizar un seguimiento clínico y analítico cada tres meses, donde aparte de evaluar la toxicidad de la medicación, se monitorizará la infección por el VIH y la de otras ITS, la adherencia al tratamiento y el tratamiento conductual. La mayoría de estudios recomiendan al año revalorar la continuidad de la PrEP, y en caso de haber discontinuidad, derivar a programas comunitarios o de apoyo (1,39).

La PrEP se debe complementar con un programa integral que incluya la educación sanitaria y la promoción del sexo seguro, el consejo sobre la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH (PPENO) (concepto que se explicará en el apartado de prevención secundaria), cribados periódicos de VIH y del resto de ITS, la vacunación contra la hepatitis A, hepatitis B y VPH, y la atención especializada en caso de tener que modificar conductas de alto riesgo o problemas de consumo de drogas (*chemsex*, el uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales) y de alcohol (35).

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria a diferencia de la primaria pretende promover el diagnóstico precoz de las ITS y de la infección por VIH, mediante cribados o “screenings”, para así garantizar la aplicación inmediata de tratamiento, protegiendo a los individuos del entorno. Tiene como objetivo disminuir la prevalencia, reduciendo así su evolución y duración.

- Cribado de ITS: Según la *Estrategia Mundial del sector de la salud contra las ITS 2016-2021 de la OMS*, para lograr un diagnóstico precoz de las ITS y garantizar su tratamiento, es necesario potenciar el cribado asintomático: la detección de enfermedades por medio de la realización de pruebas diagnósticas a pacientes asintomáticos expuestos a factores de riesgo. De esta manera, se lograría aplicar el tratamiento médico adecuado y las medidas de apoyo necesarias, a la vez que se interrumpiría la cadena de transmisión, previniendo la aparición de complicaciones y secuelas de las infecciones a largo plazo. A nivel mundial, el cribado, en entornos con escasos recursos, se utiliza muy poco puesto que las pruebas asequibles para detectar las ITS en el lugar de atención son escasas. Este hecho, la falta de pruebas confiables y de bajo coste en los lugares de atención, es uno de los obstáculos que encontramos para la promoción del control y la prevención de las ITS (5). Lo ideal sería poder realizar un cribado universal, pero el coste que supondría sería demasiado elevado por lo que para que sea más costo eficiente se recomienda realizarlo en los grupos de riesgo ya explicados anteriormente (36).

Tras la comparación de las recomendaciones de las diferentes guías de expertos, la *American Academy of Pediatrics (AAP)*, los *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, la *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* y la *US Preventive Services Task Force (USPSTF)*, podemos concluir que deberían realizarse cribados en (36,40):

- Las mujeres no embarazadas. A las mujeres sexualmente activas que mantienen conductas sexuales de riesgo se les recomienda realizar el cribado anual de clamidia, gonorrea, VIH (a las mujeres sexualmente activas o con uso de drogas vía parenteral), sífilis y VHB (40,41). Además, a todas aquellas mujeres sexualmente activas de 24 años o menos, se les recomienda el cribado anual de clamidia y gonorrea, aunque no realicen prácticas sexuales de riesgo debido a que por el hecho de tener un mayor número de parejas sexuales

nuevas, a la inmadurez del sistema inmunitario y a la presencia de epitelio columnar en el exocérnix, son consideradas grupo de riesgo para estas dos infecciones, ya que tienen un mayor riesgo de contraerlas (16,41). También se les recomienda realizar el cribado del VIH. Aquellas mujeres de 25 años o más que no mantienen conductas de riesgo deben realizarse el cribado del VIH si no se lo han realizado previamente. La periodicidad del cribado vendrá determinada por la valoración individual del riesgo (40,41). En mujeres sexualmente activas con conductas sexuales de riesgo y que practican sexo oral y anal o digital y rectal se deberán realizar el cribado anual del VHA. El cribado del VHC se realizará también mínimo 1 vez al año en aquellas mujeres con comportamientos sexuales de riesgo o uso de drogas por vía parenteral (42). No se recomienda realizar el cribado del VHS en mujeres asintomáticas, ya que no hay evidencia de que el tratamiento de esta infección (VHS) en un paciente asintomático infectado mejore sus resultados de salud a largo plazo (16,41).

- Las mujeres embarazadas. Se recomienda realizar el cribado del VHB, VIH y sífilis a todas las mujeres embarazadas (15).

-Para el cribado del VHB, se realizará la serología a todas aquellas embarazadas no vacunadas con la finalidad de evitar, en el caso de ser portadoras, la transmisión vertical de la infección al bebé. Si la prueba sale negativa, se deberá repetir en el segundo y tercer trimestre en aquellas gestantes con conductas de riesgo. Además, aquellas gestantes con conductas de riesgo deberán vacunarse contra esta infección. En caso de que salga positiva, se deberá revalorar para confirmar la necesidad de tratamiento específico durante el embarazo (15).

-Para el cribado del VIH, se realizará la serología del VIH a todas las mujeres que quieran ser madres y a aquellas embarazadas durante el primer trimestre. Sólo se realizará en el segundo trimestre en caso de sospecha de alguna situación de riesgo. Mientras que en las gestantes con conductas de riesgo se deberá repetir la serología del VIH trimestralmente. En caso de que el primer cribado salga negativo, se repetirá la serología en el tercer trimestre; y si en el

momento del parto no se dispone de la serología se realizará de manera urgente (15).

-Para el cribado de la sífilis, se utilizan las pruebas indirectas explicadas ya en el apartado de severidad. Se realizará a todas las embarazadas en el primer trimestre y se repetirá en el tercer trimestre y en el momento del parto en situaciones donde el riesgo de infección sea alto (15).

-El cribado de gonorrea, se realizará en aquellas mujeres embarazadas con conductas sexuales de riesgo (parejas sexuales múltiples, pareja nueva, pareja sexual con ITS, uso no sistemático del preservativo, antecedentes de ITS y actividad del sexo comercial) (15).

-El cribado de clamidia, se realizará a las mujeres embarazadas de 25 años o menos, y a las mujeres embarazadas mayores de 25 años con conductas sexuales de riesgo. Se repetirá el cribado en el tercer trimestre en caso de que el resultado salga positivo o el riesgo de infección sea alto (15).

- Los hombres. En los hombres heterosexuales sexualmente activos con comportamientos sexuales de riesgo, incluidos también los adolescentes, se recomienda realizar mínimo 1 vez al año el cribado de las siguientes ITS: sífilis, VIH, VHC y VHB (si no se les ha vacunado previamente) (36,40,42). También es recomendable realizar el cribado anual del VIH en aquellos hombres que consumen drogas por vía parenteral (40,42). El cribado de VHC se deberá realizar en aquellos hombres que mantengan relaciones sexuales con parejas coinfectadas por el VIH o hagan uso de drogas por vía parenteral (42).

En los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con prácticas sexuales de riesgo de contraer ITS, se les recomienda realizar el cribado anual de clamidia y gonorrea (toma de muestras de las diferentes zonas extragenitales, según las prácticas de riesgo). El cribado de sífilis y VHB se deberá realizarse en todos aquellos HSH que no tengan pareja cerrada. El cribado de VHA también se realizará en aquellos HSH que no tengan pareja cerrada y que, además, practiquen sexo oral y anal o digital y rectal. El cribado de VHC se realizará en coinfectados por el VIH, en los que mantengan relaciones sexuales con parejas coinfectadas por el VIH, en aquellos con uso de drogas por vía parenteral y en

los HSH con uso de drogas no parenterales durante las relaciones sexuales. La periodicidad del cribado será anual y si el comportamiento de riesgo o la pareja persiste se realizará cada 3-6 meses (42).

A parte de las recomendaciones explicadas anteriormente, es de especial mención que los pacientes infectados por el VIH sexualmente activos se realicen el cribado de ITS con periodicidad anual, o con más frecuencia según la valoración individual del riesgo. Además, se recomienda a toda la población la realización de los cribados pertinentes según cumpla con los criterios de inclusión en los mismos (cribado de cáncer de cérvix, cribado de cáncer de colon) (1).

Según la última evidencia, no hay recomendaciones suficientes para establecer una edad de inicio o de finalización del cribado de ITS. (36) La periodicidad del cribado vendrá determinada por la valoración individual del riesgo (1).

A parte de promover el diagnóstico precoz potenciando el cribado asintomático, se debe fomentar la aplicación de nuevas estrategias de cribado como el autodiagnóstico del VIH (6). El autodiagnóstico del VIH, consiste en una prueba de detección rápida de la infección por el VIH-1 y VIH-2 en que la misma persona recoge la muestra de sangre o saliva y en unos 30 minutos obtiene el resultado. En caso de salir un resultado positivo se debe confirmar mediante técnicas más específicas realizadas en laboratorios clínicos (43).

- Estudio de contactos, evaluación y control de los contactos sexuales: es otro de los procedimientos que se incluyen dentro de la prevención secundaria. El diagnóstico precoz permite poner en marcha el estudio de contactos, informando a las parejas de los pacientes diagnosticados sobre su exposición a la infección, para así promover el diagnóstico y tratamiento precoz y, a la vez, cortar la cadena de transmisión y prevenir la reinfección del paciente (10,34,37). Existen tres modalidades de notificación de contactos: por parte del paciente cuando la notificación la hace el sujeto infectado; por parte del profesional de atención sanitaria; y por información contractual, donde es el paciente quién se encarga de su notificación, pero si pasado un tiempo no lo ha notificado, pasa a manos del profesional sanitario. No hay evidencia significativa sobre cuál es la modalidad más efectiva (6,35,37).

- La profilaxis postexposición al VIH (PPE), también es una de las medidas de prevención secundaria que se puede utilizar cuando las estrategias de prevención primaria centradas en evitar la transmisión del VIH fallan y se produce una exposición accidental al virus. La profilaxis consiste en la administración de fármacos antirretrovirales para evitar la infección del VIH en exposiciones accidentales tanto ocupacionales (durante la actividad laboral se establece el contacto con sangre, tejidos o fluidos orgánicos infectados por vía percutánea o a través de mucosas) como no ocupacionales (contacto con la sangre, fluidos seminales y/u otros líquidos biológicos de forma accidental, por vía sexual o parenteral fuera del ámbito laboral; se asocia con prácticas sexuales de riesgo). Por lo que podemos encontrar dos tipos de PPE: la profilaxis postexposición ocupacional (PPEO) y la profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO) (21). La PPEO se administrará en los casos que se haya producido el contacto en exposiciones accidentales ocupacionales; mientras que la PPENO se administrará en los casos que se haya producido el contacto en exposiciones accidentales no ocupacionales (21). La PPE se debe iniciar precozmente, preferiblemente durante las 2-3 primeras horas después del contacto, ya que a partir de las 24-36 horas de la exposición disminuye su eficacia. Pasadas las 72 horas no está indicada (6,21). La duración del tratamiento es de 28 días (4 semanas), en los cuales el tratamiento a administrar es la combinación de tres fármacos (inhibidor de la integrasa no potenciado (raltegravir o dolutegravir) asociado a emtricitabina y tenofovir), para así conseguir la máxima supresión vírica (21).

PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria engloba todas aquellas acciones destinadas a prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad asociada a las ITS, con el objetivo de paliar los efectos que pueda producir sobre la salud del paciente. A continuación, se nombrarán algunas de ellas:

- Tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH. Se recomienda administrarlo a todos los pacientes infectados por el VIH-1 y VIH-2, con el fin de evitar la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión del virus, asegurar la recuperación y preservación de la función inmunológica y evitar el efecto nocivo sobre posibles

morbilidades. Se empezará su administración una vez confirmado el diagnóstico y lo más precozmente posible. En el tratamiento inicial se combinan dos o tres fármacos antirretrovirales, que una vez iniciada su administración se procederá a su control a las 2-4 semanas. Durante el seguimiento del TAR será necesario controlar la adherencia al tratamiento ya que es la principal causa de fracaso terapéutico (20).

- Terapias supresivas en el virus herpes simple (VHS) recurrente son otra de las acciones destinadas a prevenir la comorbilidad de este virus (1).

1.1.6. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Una vez explicadas las estrategias existentes y teniendo en cuenta los datos epidemiológicos de las ITS, surge la necesidad de reevaluar la efectividad de estas mismas. Según la OMS, la prevención combinada de estrategias conductuales junto con la promoción de los métodos de barrera, es el método más eficaz para la prevención primaria. Son varios los estudios existentes sobre la eficacia de los programas de educación para la salud sexual y la promoción de los métodos de barrera, pero las discrepancias de los resultados sobre las ITS son evidentes. A continuación, se realizará una revisión desde el 2014 al 2019 de los estudios encontrados acerca de las distintas intervenciones conductuales de prevención primaria.

En varios estudios del 2014, basados en la aplicación de intervenciones/recomendaciones conductuales, la *US Preventive Service Task Force* (USPSTF) afirma que las intervenciones intensas de asesoramiento conductual, de 30 min como mínimo a 2 horas o más, donde se les proporciona información sobre las ITS, se trabaja la identificación de riesgos personales, la toma de decisiones, la afrontación a los problemas, se les enseña técnicas de comunicación, el uso del preservativo y se les ofrece consejos sobre la práctica de sexo seguro, disminuyen las conductas sexuales de riesgo y aumentan el uso del preservativo, reduciendo así la tasa de ITS en adolescentes sexualmente activos y en adultos con conductas de riesgo (44,45). En otro estudio, según *Revuelta et al.* (46) se muestra que no hay evidencia suficiente del consejo breve para la prevención de las ITS en las consultas de Atención Primaria (AP), pero comparte con los estudios anteriores la efectividad de las intervenciones de asesoramiento conductual de media y alta intensidad individualizadas, prolongadas y repetidas en adolescentes con actividades sexuales de riesgo.

La revisión sistemática de *Manlove et al.* (47) en 2015, afirma que hay una gran variedad de programas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: programas donde se trabaja la relación padre-adolescente, programas basados en la clínica, en la educación a la abstinencia, en el comportamiento sexual y en el desarrollo adolescente. De 103 programas, 52 fueron beneficiosos para la salud sexual y reproductiva pero sólo 5 mostraron resultados positivos en la reducción de la tasa de las ITS (47). La USPSTF en 2015 y 2016 sigue con las mismas recomendaciones del 2014 (16,40).

En 2016, son varias las revisiones sistemáticas existentes. Según la revisión de Cochrane de *Mason-Jones et al.* (48), hay poca evidencia de que la incorporación de programas de educación sexual en los colegios mejoren los resultados de salud sexual y reproductiva de los adolescentes; tampoco ayudan a reducir las tasas de ITS y de embarazos no deseados en este colectivo. Por el contrario, sí que mejoran los conocimientos y reducen las conductas sexuales de riesgo. En la revisión de *Macaya et al.* (49), después de revisar las revisiones existentes del 2000 hasta el 2015, en un 72.5% de estas no hubo modificación de la conducta sexual tras aplicar intervenciones conductuales. Además, en un 86.6% de las revisiones de Cochrane tampoco observaron cambios significativos, por lo que concluyen que no hay evidencia suficiente de que las intervenciones conductuales modifiquen las tasas de ITS, por lo que es importante reevaluar las estrategias de prevención primaria (49). Según la revisión de *Sani et al.* (50), no hay evidencia significativa de que las intervenciones de educación sexual en los colegios disminuya la tasa de las ITS, pero sí que influyen en el aumento de uso del preservativo (50). En el estudio de *Von Sneidern et al.* (51) del 2016, donde se realiza un análisis de diferentes programas escolares de prevención, afirma que la educación es la mejor estrategia para la prevención y control de las ITS, pero no se ha demostrado cuál es el programa más eficaz. Un ejemplo de los programas más conocidos es el *Safer choices*, dirigido a estudiantes de secundaria de entre 14 y 18 años. El programa pretende potenciar los conocimientos sobre las ITS, promocionar actitudes y decisiones frente la vida, trabajar la autoconfianza y autoeficacia, además de la comunicación con los padres y el uso del preservativo. Los resultados observados son la disminución de la frecuencia de las ITS en un 5%, el aumento del uso del preservativo y el retraso del inicio de la actividad sexual en un 10%. El estudio concluye que, como se evidencia en los resultados de los programas analizados, la educación es una herramienta útil pero faltan estudios que demuestren su efectividad en la

generación de cambios conductuales, actitudes y prácticas en los jóvenes a largo plazo, por lo que es necesario fortalecer estrategias que favorezcan la implementación y difusión de los programas existentes. Aparte de realizar un seguimiento y una evaluación de los resultados de estos programas a largo plazo, para así determinar su efectividad (51).

Por último, como ya se ha nombrado anteriormente que la prevención primaria más eficaz es la prevención combinada de estrategias conductuales junto con la promoción de métodos de barrera, veo la necesidad de incluir la revisión sistemática de *Algur et al.* (52), donde se evalúa la literatura existente desde el 1990 hasta el 2017 sobre la eficacia de los programas de disponibilidad de condones en los institutos de secundaria. Como resultados se observa que la incorporación de estos programas en los institutos aumenta el uso del preservativo y disminuye la tasa de las ITS, mejorando los resultados de salud sexual. Aunque no influye en la tasa de embarazos no deseados en estos adolescentes.

Analizando los resultados encontrados, podemos concluir que aunque en los últimos años se hayan desarrollado muchos programas de educación sexual en todo el mundo, los datos epidemiológicos no indican una disminución en las tasas de ITS. Lo que nos lleva a pensar en la necesidad de reevaluar estas estrategias (49). Se ha visto que la promoción de los métodos de barrera, especialmente del preservativo, influye en la tasa de las ITS, mejorando los resultados de salud sexual, por lo que donde realmente se deben reevaluar las estrategias utilizadas son en las intervenciones de asesoramiento conductual. Además, se debe hacer mención a la falta de estudios de calidad que confirmen la efectividad de estas intervenciones a largo plazo.

Tabla 3: Resumen efectividad de las intervenciones de prevención primaria

AUTOR (AÑO)	LUGAR	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
O'Connor EA et al. (2014)(45)	Estados Unidos	Revisión sistemática	Adolescentes sexualmente activos y adultos con conductas sexuales de riesgo.	Intervenciones conductuales intensas de más de 2 horas e intervenciones de menor intensidad en Atención Primaria (AP).	Reducen la probabilidad de adquirir alguna ITS y aumentan el uso del preservativo a corto plazo.
Revuelta et al. (2014)(46)	España	Revisión bibliográfica	Adolescentes con actividades sexuales de riesgo.	Consejo breve y rutinario sobre estrategias para la reducción del riesgo y la prevención de las ITS en las consultas de Atención Primaria (AP).	No hay evidencia suficiente del consejo breve. Sí que se demuestra la efectividad de las intervenciones de asesoramiento conductual de media y alta intensidad individualizadas, prolongadas y repetidas.
Manlove et al. (2015)(47)	Estados Unidos	Revisión sistemática	Adolescentes con actividades sexuales de riesgo.	Cinco tipo de programas: -Educación sobre la abstinencia. -Educación sexual. -Programas basados en la clínica -Programas de desarrollo juvenil -Programas que trabajan la relación padres-adolescentes.	De 103 programas, 52 fueron beneficiosos para la salud sexual y reproductiva pero sólo 5 mostraron resultados positivos en la reducción de la tasa de las ITS.
Manson-Jones AJ. et al (2016)(48)	Revisión sistemática	Adolescentes	Programas escolares de salud sexual y reproductiva sobre las ITS y el embarazo.	Poca evidencia de que la incorporación de estos programas mejoren los resultados de salud sexual y reproductiva de los adolescentes; tampoco ayudan a reducir las tasas de ITS y de embarazos no deseados en este colectivo. Por el contrario, sí que mejoran los conocimientos y reducen las conductas sexuales de riesgo.

TABLA 3: RESUMEN EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

AUTOR (AÑO)	LUGAR	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Macaya et al. (2016) (49)	Barcelona	Revisión sistemática	Intervenciones conductuales.	No hay evidencia suficiente de que modifiquen las tasas de ITS, por lo que es importante reevaluar las estrategias de prevención primaria.
Sadiq et al. (2016) (50)	África sub-sahariana	Revisión sistemática y metaanálisis	Adolescentes	Intervenciones de educación sexual en los colegios. El tipo de intervenciones realizadas depende de cada estudio: role-playings, charlas educativas, debates, programas informáticos, películas...	No hay evidencia significativa de que las intervenciones de educación sexual en los colegios disminuya la tasa de las ITS pero si que influyen en el aumento de uso del preservativo.
Von Sneidern et al. (2016) (51)	Colombia	Revisión sistemática	Adolecentes	Programas de educación sexual. La intervención a realizar depende del tipo de programa que se lleve a cabo: intervenciones conductuales, juegos para adquirir conocimientos, habilidades comunicativas, de negociación y toma de decisiones, clases grupales y charlas interactivas, talleres, medios educativos...	La educación es una herramienta útil pero faltan estudios que demuestren su efectividad en la generación de cambios conductuales, actitudes y prácticas en los jóvenes a largo plazo. Es necesario realizar un seguimiento y una evaluación de los resultados de estos programas a largo plazo, para así determinar su efectividad.
Algur et al. (2019) (52)	Inglaterra Estados Unidos	Revisión Sistemática	Adolescentes	Incorporación de programas de disponibilidad de condones en los institutos de secundaria.	Aumenta el uso del preservativo y disminuye la tasa de las ITS, mejorando los resultados de salud sexual. No influye en la tasa de embarazos no deseados de estos adolescentes.

TABLA 3: RESUMEN EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

AUTOR (AÑO)	LUGAR	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
LeFevre et al. (2014)(44)	Estados Unidos	-Guía Clínica -Actualización de las recomendaciones de U.S Preventive Service Task Force (USPSTF) sobre las intervenciones de asesoramiento conductual para prevenir las ITS.	Adolescentes sexualmente activos y adultos con conductas sexuales de riesgo.	Intervenciones conductuales intensas, de 30 min a 2 horas o más, e intervenciones de menor intensidad.	Disminuyen las conductas sexuales de riesgo, aumentan el uso del preservativo y la práctica de sexo seguro, reduciendo así la tasa de ITS.
Workowski KA. et al. (2015)(16)	Estados Unidos	Guía clínica.	Adolescentes sexualmente activos y adultos con conductas sexuales de riesgo.	Intervenciones conductuales intensas, de 30 min a 2 horas o más e intervenciones de menor intensidad.	Disminuyen las conductas sexuales de riesgo, aumentan el uso del preservativo y la práctica de sexo seguro, reduciendo así la probabilidad de adquirir alguna ITS.
Lee KC. et al. (2016)(40)					

1.1.7. PROYECTOS EXISTENTES

Tras la búsqueda bibliográfica de los avances recientes, vemos la necesidad de exponer tres de los proyectos encontrados: *BCN Checkpoint* (2006), *Dean Street Exprés* (2014) y *Drassanes Exprés* (2016).

En 2006, se puso en marcha la creación del proyecto *BCN Checkpoint*, un centro comunitario de referencia en toda Europa. El centro atiende a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y a las mujeres transexuales (MT), promoviendo la salud sexual y facilitando el acceso a la detección precoz del VIH y otras ITS. Ofrece sesiones de educación sanitaria: *counseling* (sesiones individuales de soporte emocional y asesoramiento) y encuentros positivos (sesiones grupales de carácter formativo). Además, ofrece las vacunas contra la hepatitis A y hepatitis B para prevenir su infección. La detección precoz la realiza gracias al sistema de diagnóstico rápido GeneXpert basado en la carga viral, permitiendo detectar las infecciones recientes por VIH en tan solo 90min (53). Actualmente, más de 6000 personas al año son atendidas y son diagnosticados el 35% del total de casos de VIH registrados anualmente en Cataluña en este colectivo (4). También, permite la detección temprana de nuevos casos, detectando un 65% de estos en menos de 12 meses tras su infección. De esta manera, se acorta el periodo ventana, facilitando el tratamiento inmediato, previniendo así nuevos casos y favoreciendo a la vez su pronóstico. Fue el primer centro en España en introducir la prueba rápida del VIH en entornos no clínicos (54). Se ha demostrado su eficacia en varios estudios, logrando una alta satisfacción por parte de los usuarios, lo que favorece una alta retención de los mismos así como un mejor seguimiento. Además, el proyecto es un elemento primordial de los objetivos marcados por ONUSIDA en la estrategia *Fast Track* 90-90-90 para este año 2020 (4). Su modelo de intervención comunitaria ha sido reconocido por la OMS y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), inspirando a la creación de centros similares en toda Europa (54).

Dean Street Exprés es el primer servicio del Reino Unido que ofrece, de manera gratuita y confidencial, pruebas rápidas de cribado para la detección de las ITS asintomáticas, concretamente la clamidia y gonorrea, en hombres y mujeres (55). Fue creado en 2014 para agilizar la atención del usuario y la obtención de los resultados. Permite obtener los resultados de manera rápida, pudiendo así ofrecer un tratamiento precoz, reducir los periodos infecciosos y evitar su transmisión. Además, su creación ha contribuido en una importante

reducción de costes sanitarios (7). Los pacientes que acuden al servicio, tras completar un cuestionario sobre su historia sexual y realizarse las pruebas necesarias, son visitados por los profesionales de salud para revisar su historia sexual, y en unas cuantas horas son informados de sus resultados mediante un mensaje de móvil. El servicio no ofrece el estudio de contactos ni el tratamiento farmacológico, sino que aquellos pacientes con resultados positivos son derivados a otro centro, al 56 *Dean Street* (56DS), para así asegurar su abordaje (7). En un estudio de *Whitlock et al.* (7), se ha podido observar como tras la creación de este servicio la demanda de pruebas rápidas ha aumentado un 59%, confirmando así la necesidad de servicios como este. La evidencia afirma que las pruebas rápidas de cribado, contribuyen a la reducción de la prevalencia de los casos de clamidia y gonorrea, por lo que sería interesante la realización de futuros estudios para ampliar este servicio, incluyendo otras pruebas rápidas para la sífilis y el VIH, y así poder reproducir estos servicios en otros entornos. Además, en el estudio de *Otero-Guerra et al.* (19) se ha demostrado que utilizando pruebas rápidas de diagnóstico, aunque su sensibilidad sea tan reducida como del 63%, se mejora el porcentaje de pacientes tratados en comparación al número de pacientes que esperan el resultado de una prueba de elevada sensibilidad disponible en una segunda visita, a la que muchos pacientes no llegan a acudir. Es por eso que las pruebas rápidas de diagnóstico contribuyen, al administrar tratamientos epidemiológicos a un mayor número de pacientes infectados (dirigidos al patógeno causal), en vez de tratamientos sindrómicos (dirigidos de forma ciega a varios patógenos productores de un mismo síndrome), a la interrupción de la cadena de transmisión de la infección y permiten así evitar nuevos contactos, reduciendo la incidencia y la prevalencia de las ITS. También evitan el uso innecesario de antimicrobianos y la aparición de resistencias. Todo ello reduce la enorme carga de enfermedad que soportan y el coste de su abordaje. El control de las ITS dependerá sobretodo de la disponibilidad de diagnósticos etiológicos, sensibles, específicos y rápidos, que permitan el tratamiento etiológico inmediato.

Drassanes Exprés es un programa coordinado por el Servicio de Enfermedades Infecciosas y el Servicio de Microbiología de la Vall de Hebron, desarrollado en el CAP Drassanes, Barcelona. Se inició en 2016 y se caracteriza por la implementación de un circuito rápido para el cribado y el tratamiento precoz de las ITS en población asintomática con conductas sexuales de riesgo en Barcelona. El programa se ofrece a toda la población, a diferencia de otros programas como el BCN *Checkpoint*. El porcentaje de nuevos diagnósticos de ITS en población asintomática ha

aumentado considerablemente (53). El objetivo del programa es detectar y tratar precozmente las ITS y reducir su incidencia en Barcelona, al interrumpir la cadena de transmisión. Además, al dar una respuesta rápida a la demanda, reduce la saturación asistencial de los centros sanitarios de salud pública y amplía el acceso de la población de riesgo (56). Los usuarios pueden acudir al servicio directamente sin necesidad de pasar por el médico de familia; son atendidos con o sin cita previa. Allí rellenan un cuestionario para orientar el diagnóstico, se les realizan las pruebas diagnósticas pertinentes (muestras de orina, recto, faringe y vagina, pruebas de VIH, hepatitis B y C, sífilis, gonorrea y clamidia) y en menos de tres horas obtienen los resultados a través de un mensaje de móvil o por correo electrónico. En caso de salir positivo, en menos de 72 horas se ofrece al usuario la posibilidad de recibir visita médica y empezar con el tratamiento (56,57). Aparte del diagnóstico y tratamiento, realiza el estudio de contactos y promociona la salud sexual a estos usuarios, informándoles de las medidas de prevención. Durante el primer año de su implementación, un 12% de los usuarios que acudieron al servicio presentaron más de una ITS (57). Con todo esto podemos decir que se necesita una mayor difusión e inversión en propuestas similares por parte de la salud pública para disminuir la incidencia de las ITS (53).

Lleida, al igual que el resto de Cataluña, cuenta con el servicio de los equipos de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), que refuerza los servicios ofrecidos en los centros de atención primaria (CAP). Este servicio es gestionado por el *Institut Català de la Salut* (ICS). Ofrece el servicio a toda la población, a hombres y mujeres mayores de 10 años, incluyendo también todas las diversidades sexuales y de género, con la finalidad de asegurar a la población el desarrollo y mantenimiento de unos hábitos sexuales saludables, garantizar una atención sanitaria integral durante los procesos fisiológicos y una atención eficaz en los procesos patológicos. Este servicio aborda la salud y los derechos sexuales y reproductivos ofreciendo atención y consejo reproductivo a los jóvenes; también aborda la salud sexual materno- infantil, incluyendo el control y seguimiento del embarazo, el diagnóstico prenatal, la educación maternal, la atención al puerperio, la planificación y la atención a la infertilidad, el soporte al duelo perinatal, la atención a la patología ginecológica y a la menopausia y la prevención del cáncer de cuello uterino y del cáncer de mama; así como también se centra en la prevención y la atención a las ITS y al SIDA, en la actividad comunitaria a personas adultas y en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género. El equipo del servicio de ASSIR

está formado por matronas, ginecólogos/obstetras, personal de enfermería y personal de gestión y servicios (58,59). En Lleida ciudad, se ofrece este servicio en los siguientes centros de atención primaria (CAP): CAP Cappellet, l'*Eixample*, 1 de *Maig*, CAP de la Bordeta, CAP de Balafia y el CAP *Onze de Setembre*. Además, el servicio es ofrecido también en varios pueblos de la provincia de Lleida: Mollerusa, Cervera, Guissona, Alcarràs, Alpicat, entre otros. Para garantizar un buen servicio de derivación, la continuidad asistencial, potenciar el trabajo multidisciplinar y, de esta manera ofrecer una atención de calidad, el servicio ASSIR puede derivar casos al servicio de dermatología y de ginecología del *Hospital Universitari Arnau de Vilanova* (HUAUV). También cuenta con el programa *Tarda jove*, un proyecto que fue implantado en 2018 por parte de la atención primaria de l'ICS y que se ofrece todos los jueves por la tarde de 16h a 19h en el CAP *Onze de Setembre*. Ofrece atención a los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 25 años de las comarcas de Lleida. Estos son atendidos por una matrona del servicio ASSIR para resolver cualquier duda que les pueda surgir: dudas sobre métodos anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados y de conductas sexuales de riesgo, detección de ITS, educación afectivo-sexual, etc. En caso de que fuera necesario, pueden ser derivados a otros profesionales (60).

Otros servicios que se ofrecen también en Lleida, son los ofrecidos por la Asociación Antisida Lleida y los programas de *Salut Jove de la Paeria*.

La Asociación Antisida Lleida, es una asociación sin ánimo de lucro fundada el 1991, aunque trabaja en Lleida desde 1989, que pretende mejorar la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA, mediante la prevención y promoción de la salud a la comunidad (adolescentes, población general, HSH, trabajadores del sexo comercial, personas con VIH/SIDA y agentes educativos). Ofrece intervenciones educativas sobre salud sexual, métodos anticonceptivos, VIH y otras ITS, oferta de material profiláctico, servicio de atención directa y servicio de detección precoz del VIH, del virus de la hepatitis C (VHC) y la sífilis (61).

Por último, los programas de *Salut Jove de la Paeria* de Lleida, ofrecen gratuitamente y de manera confidencial asesoramiento por parte de especialistas a todos aquellos jóvenes que acudan al centro. Los temas que se tratan son soporte psicológico y relaciones afectivas, y el consumo de drogas (62).

Aparte de los proyectos que se han comentado hasta ahora, se debe hacer mención también de la incorporación de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud. Más concretamente de la tecnología móvil, surgiendo así el concepto *mHealth* o salud móvil, refiriéndose al uso de estos dispositivos para el seguimiento de los pacientes en la práctica clínica y la sanidad pública (63). El uso de las aplicaciones (*APPs*) de salud permite, por su facilidad de manejo, su ubicuidad y las posibilidades de interacción que ofrecen con los profesionales sanitarios y entre los propios profesionales, complementar, reforzar y mejorar la calidad de la atención sanitaria, mejorando consecuentemente el confort de los pacientes (63–65). Las *APPs* también pueden ayudar en la monitorización de parámetros, en el almacenamiento y análisis de datos y en el refuerzo de actividades de educación y promoción para la salud y de programas de sensibilización (66). Otra de las ventajas, es la influencia que pueden tener sobre los factores psicológicos, la autoeficacia y la motivación de uno mismo en relación a su salud, pudiendo llegar a ser mayor que en los medios tradicionales (64). Aunque debido a la gran cantidad de aplicaciones existentes, la calidad, seguridad y fiabilidad de estas se puede ver como una desventaja (63).

Las *APPs* pueden ser una buena opción para la promoción de la salud sexual. Además, al proporcionar la información de manera interactiva favorecen el aprendizaje activo y, como se ha demostrado en algunos estudios, contribuyen en el aumento de los conocimientos sexuales de los usuarios y promueven también comportamientos sexuales más seguros. También pueden mejorar la adherencia al tratamiento del VIH o los anticonceptivos orales, y ofrecer ayuda por parte de profesionales especializados (67). En la revisión sistemática de *Nguyen LH. et al.* (68), dirigido a HSH, se demostró como estas intervenciones pueden producir cambios de comportamiento sexual, pero solo se han evidenciado cambios a corto plazo.

Es por estos motivos que se plantean como una alternativa complementaria a los métodos tradicionales, ya que su uso, aparte de todo lo comentado anteriormente, contribuiría en la reducción de costes económicos, al evitar desplazamientos y consultas innecesarias (son intervenciones altamente costo-efectivas) y en la mejoría de la adherencia al tratamiento (64,65).

Algunas de las *APP* relacionadas con la salud sexual y las ITS/VIH que podemos encontrar en España son: VIH/Sida Cruz Roja, Disfruta+ App, PREPARADXS, Viquiz, etc.

Tabla 4: Resumen proyectos existentes

PROYECTO EXISTENTE	TIPO DE INTERVENCIÓN		
BCN CHEEKPOINT (2006) (53,54)	Población atendida	Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transexuales (MT).	
	Prevención combinada	Prevención PRIMARIA	-Educación sanitaria y formación: - <i>Counseling</i> : sesiones individuales de soporte emocional y asesoramiento. -Encuentros positivos: sesiones grupales de carácter formativo.
			-Servicio de vacunación: Hepatitis A y hepatitis B.
			-PrEP al VIH complementado con atención psicológica (se ofrece también atención especializada en <i>ChemSex</i>).
		Prevención SECUNDARIA	-Detección precoz: prueba diagnóstico rápido del VIH, sífilis, clamidia, gonorrea y hepatitis C. -Derivación rápida de personas diagnosticadas.
		Prevención Terciaria	-Tratamiento inmediato: VIH, clamidia, gonorrea.
	Jornada de Promoción de la Salud y Calidad de Vida para personas con VIH/SIDA: seminario anual que reúne a los principales expertos en VIH/SIDA para presentar los últimos avances e intercambiar experiencias.		
DEEN STREET EXPRES (DSE) (2014) (7,55)	Servicio de voluntariado: organización de campañas de sensibilización, estrategias estructurales que incluyen la repartición de kits de prevención (condón, lubricante e información sobre salud sexual).		
	Incorporación de tecnología avanzada en el diagnóstico: GeneXpert.		
	Población atendida	Hombres y mujeres.	
	Prevención combinada	Prevención PRIMARIA	Asesoramiento individual: revisión de la historia sexual.
		Prevención SECUNDARIA	-Detección precoz: Pruebas rápidas de cribado para la detección de ITS asintomáticas, clamidia y gonorrea. -No ofrece estudio de contactos, son derivados al centro de referencia 56 <i>Dean Street</i> (56DS).
		Prevención Terciaria	No ofrece tratamiento farmacológico, son derivados al centro de referencia 56 <i>Dean Street</i> (56DS).
	Incorporación de tecnología avanzada en el diagnóstico: GeneXpert.		

TABLA 4: RESUMEN PROYECTOS EXISTENTES

PROYECTO EXISTENTE	TIPO DE INTERVENCIÓN			
DRASSANES EXPRÉS (2016) (56,57)	Población atendida	Población asintomática con conductas sexuales de riesgo, tanto mujeres como hombres, sin necesidad de tener cita previa.		
	Prevención combinada	Prevención PRIMARIA	-Educación sanitaria:	-Promoción de medidas de prevención y educación y promoción de la salud sexual.
				- <i>Counseling</i> .
				-Paciente experto.
				-PrEP al VIH.
			- <i>ChemSex</i> .	
		Prevención SECUNDARIA	-Detección precoz:Circuito rápido de cribado de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, gonorrea y clamidia.	
			-Estudio de contactos.	
			-Seguimiento de los infectados.	
		Prevención TERCIAIA	Tratamiento precoz.	
SERVICIO DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (ASSIR) (58,59)	Población atendida	Toda la población, incluyendo a los hombres y mujeres de todas las diversidades sexuales y de género, mayores de 10 años.		
	Aborda la salud y los derechos sexuales y reproductivos	Educación afectiva y sexual: Atención a los jóvenes y consejo reproductivo.		
		Promoción de la salud sexual materno-infantil:		
		-Control y seguimiento del embarazo.	-Suporte duelo perinatal.	
		-Diagnóstico prenatal.	-Atención a la patología ginecológica.	
		-Educación maternal.	-Atención a la menopausia.	
		-Atención al puerperio.	-Prevención de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mama.	
		-Planificación y atención a la infertilidad.		
	Prevención y atención a las ITS (VHB,VHC, sífilis, clamidia, gonorrea...) y al VIH/SIDA.			
	Actividad comunitaria a personas adultas y adolescentes.			
	Atención a las mujeres víctimas de la violencia de género.			
Programa <i>Tarda Jove</i> (Explicación en la siguiente tabla)*				

TABLA 4: RESUMEN PROYECTOS EXISTENTES

PROYECTO EXISTENTE	TIPO DE INTERVENCIÓN	
*Programa TARDA JOVE (2018)(60) (Servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)(58,59))	Población atendida	Adolescentes y jóvenes de entre 15 y 25 años de las comarcas de Lleida.
	Prevención PRIMARIA	Atención a la salud sexual y reproductiva.
		Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados, prevención de conductas de riesgo.
		Educación afectivo-sexual.
	Prevención SECUDARIA	Detección de ITS (VHB,VHC, sífilis, clamidia, gonorrea...) y VIH.
ASOCIACIÓN ANTISIDA LLEIDA (1989)(61)	Población atendida	Personas infectadas por el VIH/SIDA, adolescentes, población general, HSH, trabajadores del sexo comercial y agentes educativos.
	Prevención PRIMARIA	Intervenciones educativas para promocionar la salud sexual
		-Educación sexual/ talleres de prevención: Información sobre el VIH y otras ITS, métodos anticonceptivos...
		-Talleres de formación para padres y madres de alumnos de entre 12 y 16 años sobre: drogas, conductas sexuales de riesgo y métodos de prevención.
		-Sensibilización a la comunidad sobre el VIH y otras ITS.
		-Creación de espacios de reflexión sobre la salud sexual.
		Oferta de material profiláctico.
		Servicio de atención directa.
	Prevención SECUNDARIA	Servicio de detección precoz del VIH, hepatitis C y la sífilis.
PROGRAMA DE SALUT JOVE DE LA PAERIA DE LLEIDA(62)	Población atendida	Todos aquellos jóvenes que acudan al centro.
	Prevención PRIMARIA	Asesoramiento: soporte psicológico y relaciones afectivas, consumo de drogas.

1.1.8. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Como ya se ha comentado anteriormente, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria (30,31). Para la atención sanitaria de calidad, no solo hay que tener en cuenta la calidad técnica, las competencias de los profesionales y la efectividad diagnóstica y terapéutica, sino también la experiencia global vivida en el servicio, ya que es un factor clave para la satisfacción del usuario. Entendemos por satisfacción del usuario a la percepción subjetiva del receptor del servicio respecto a su accesibilidad, el trato y las interacciones con los profesionales, la participación en la toma de decisiones o la coordinación y la organización de los profesionales del centro. Para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria es de vital importancia la opinión de la ciudadanía, para así enfocar la organización del servicio hacia sus necesidades. La opinión expresada por el usuario del servicio de salud proporciona un *feedback* imprescindible para la optimización de la gestión y los recursos sanitarios. Además, ofrece una información esencial para identificar la percepción del funcionamiento de los servicios sanitarios desde su punto de vista (69).

En el *Qüestionari d'atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària* del 2018 del *Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut*, sobre la experiencia, satisfacción y calidad percibida por el usuario de Cataluña respecto al servicio ofrecido en atención primaria, se tiene en cuenta el trato con el médico, el profesional de enfermería y los administrativos, la accesibilidad y la comodidad del servicio. Este está constituido por 22 ítems. De los resultados de estos ítems, 14 están por encima del umbral de la excelencia (más del 90% de las respuestas son valoraciones positivas), 2 en la zona estándar (entre un 75% i 90% de valoraciones positivas) y 4 en la zona de mejora (menos de un 75% de valoraciones positivas). En la zona de mejora, los 4 aspectos menos valorados del servicio están relacionados con la accesibilidad a este: la puntualidad para entrar en la consulta (58.1%), la facilidad para el día de la visita (66.7%), el tiempo que tardan en responder las llamadas telefónicas (66.8%) y la atención recibida fuera del horario habitual (al acudir al servicio sin cita previa por una urgencia) (74.3%) (70). Estos porcentajes pueden influir negativamente en la satisfacción del usuario con ITS, ya que en la mayoría de los casos este acude al centro de salud sin cita previa.

Il·lustració 12: Resultats globals “Qüestionari d’atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària” del 2018 de Catalunya

RESULTATS GLOBAIS CATALUNYA (II)		
Pregunta resumida	2015	2018
P10 S'entenen les explicacions	96,5%	96,4%
P5 Neteja del CAP	96,0%	96,0%
P12 Tracte personal metge	95,4%	94,9%
P14 Tracte personal infermeria	95,1%	94,2%
P9 El metge li dona la informació que necessita?	93,8%	93,9 %
P16 Informació coherent	94,3%	93,4%
P11 Estàs en bones mans? (metge)	93,4%	92,6%
P15 Estàs en bones mans (infermera)	-	92,4%
P13 La infermera l'escolta i es fa càrrec	93,0%	92,2%
P8 Pot donar la seva opinió	91,8 %	91,2%
P7 El metge l'escolta i es fa càrrec	91,9%	91,0%
P4 El soroll habitual	91,5%	90,7%
P17 El metge de capçalera té informació del que li han fet	90,8%	90,6%
P6 Temps que li dedica el metge	91,4%	90,5%
P20 Mantenir o controlar el seu estat de salut	-	88,1%
P19 Tracte personal del taulell	85,2%	83,5%
P18 Atenció rebuda al CAP fora de l'horari habitual	76,5%	74,3%
P1.1 Temps que triguen quan truca per telèfon	71,0%	66,8%
P2 Facilitat pel dia de visita	69,9%	66,7%
P3 Puntualitat per entrar a consulta	57,8%	58,1%

Il·lustració 13: Resultats globals “Qüestionari d’atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària” del 2018 de distintes regions sanitàries de Catalunya

Pregunta resumida	Catalunya 2018	Alt Pirineu i Aran	Lleida
P1.1 Temps que triguen quan truca per telèfon?	66,8%	77,8%	79,6%
P2 Facilitat pel dia de visita?	66,7%	83,1%	69,7%
P3 Puntualitat per entrar a consulta?	58,1%	68,5%	63,7%
P4 El soroll habitual?	90,7%	95,7%	91,6%
P5 Neteja del CAP?	96,0%	96,9%	95,2%
P6 Temps que li dedica el metge?	90,5%	91,3%	92,7%
P7 El metge l'escolta i es fa càrrec?	91,0%	91,3%	93,0%
P8 Pot donar la seva opinió?	91,2%	93,6%	92,9%
P9 El metge li dona la informació que necessita?	93,9%	94,4%	94,5%
P10 S'entenen les explicacions?	96,4%	96,2%	96,5%
P11 Està en bones mans (metge)?	92,6%	92,8%	92,5%
P12 Tracte personal metge?	94,9%	97,7%	95,6%
P13 La infermera l'escolta i es fa càrrec?	92,2%	95,5%	93,6%
P14 Tracte personal infermera?	94,2%	97,3%	94,8%
P15 Està en bones mans (infermera)?	92,4%	94,4%	94,0%
P16 Informació coherent?	93,4%	93,7%	93,5%
P17 El metge de capçalera té informació del que li han fet?	90,6%	90,6%	92,5%
P18 Atenció rebuda al CAP fora de l'horari habitual?	74,3%	82,9%	78,2%
P19 Tracte personal del taulell?	83,5%	92,1%	87,2%
P20 Mantenir o controlar el seu estat de salut	88,1%	91,7%	90,9%
P101 Grau de satisfacció global	7,87	8,05	8,07
P102 Continuaria venint?	88,0%	87,9%	89,4%

En verde se indican las diferencias estadísticamente significativas de signo positivo (aumento).

Fuente: CatSalut.Servei Català de Salut. Resultats globals 2018. Atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària [Internet]. 2018 [cited 2020 May 16].

1.1.9. PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LAS ITS

Debido a la magnitud del presente problema, algunas de las estrategias necesarias para afrontarlo son la promoción de la salud sexual y afectiva y la prevención, vigilancia y control de las ITS. Se encargarán de estas estrategias el profesional de enfermería del ámbito de la Salud Pública que, en colaboración con el/la enfermero/a en salud mental y la matrona, como especialidades de enfermería, abordarán el caso a través de intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. Ejemplos de estrategias de prevención primaria propias de este colectivo son la educación sanitaria sobre la salud sexual y afectiva y la promoción del sexo seguro, el servicio de vacunación (registro, control, gestión y administración de las vacunas) y la PrEP al VIH; de prevención secundaria lo son el cribado de ITS (matrona), el estudio de contactos y su seguimiento, y la PPE al VIH; y de prevención terciaria el seguimiento y la adherencia al tratamiento. Además, para el correcto abordaje de estas infecciones se debe ofrecer una atención holística, teniendo en cuenta tanto los aspectos emocionales como los psicológicos de los afectados, y es por eso que el/la enfermero/a en salud mental, en colaboración con el profesional de psicología, ofrecerán soporte psicológico y emocional. A estas estrategias nombradas anteriormente se debe incluir también la planificación, gestión y coordinación de proyectos para la Salud Pública. Todas ellas contribuirán a mejorar la salud sexual de la población y a interrumpir la cadena de transmisión al resto de la comunidad, pudiendo llegar a reducir la incidencia de las ITS al interrumpir la cadena de transmisión. Es por estos motivos que el papel de enfermería en el abordaje de las ITS es de vital importancia.

1.2. JUSTIFICACIÓN

En Cataluña, comparando la incidencia de los casos de ITS del 2017 al 2018 se puede observar un aumento del 9% de nuevos casos. Este aumento se debe a la mejoría de los sistemas de vigilancia epidemiológica, la mejoría en la detección de casos pero también, a los cambios en las conductas sexuales que se han producido en los últimos años. El impacto de estas ITS es más elevado entre la población de 15 y 24 años, en los extranjeros y en los homosexuales (24).

Durante años, la prevención de la transmisión de la infección por vía sexual se ha basado exclusivamente en la promoción del uso del preservativo y la modificación de las conductas sexuales. No obstante, se observan discrepancias en los resultados de los estudios existentes sobre estas intervenciones tradicionales (4). Según *Espasa et al.* (4), la mejor forma de abordar

las ITS es obteniendo un diagnóstico etiológico precoz, con las técnicas de microbiología adecuadas. Además, teniendo en cuenta los resultados de proyectos existentes como el *Dean Street Exprés*, se evidencia que las pruebas rápidas de cribado de ITS contribuyen a la reducción de su prevalencia (7,55). Pero según la OMS, a nivel mundial, el cribado asintomático se utiliza muy poco, debido a la escasez de pruebas asequibles para detectar las ITS en los lugares de atención, suponiendo un obstáculo para la promoción del control y la prevención de las ITS (5). Es por estos motivos que para lograr una prevención más eficaz, se han tenido que buscar e implementar intervenciones adicionales como el “*Test and Offer*”, que consiste en el diagnóstico precoz, mediante la implementación de programas de cribado de ITS, y la oferta de tratamiento (4). Esta estrategia, junto con la profilaxis preexposición (PrEP), es uno de los pilares fundamentales para la prevención de nuevas infecciones en los grupos más vulnerables. Así pues, la implementación de estrategias de prevención combinada podría conducir a la reducción de esta incidencia (4).

Además, según el estudio de *López de Munain* (35), es necesario cambiar el enfoque clínico individual hacia planes basados en la población, por lo que se debe fortalecer la integración entre los servicios relativos a las ITS y otros servicios (atención primaria, salud reproductiva, centros de drogo-dependencias, salud mental, educación para la salud, salud escolar, etc.), además de crear vínculos con organizaciones comunitarias, dando importancia a la participación de las personas más vulnerables.

Con todo lo explicado anteriormente en el marco teórico, se considera que es importante llevar a cabo el proyecto que se presenta a continuación por la magnitud del problema y la necesidad poblacional a nivel epidemiológico, por su viabilidad, por la efectividad que han tenido este tipo de intervenciones en los proyectos existentes, por su eficacia, ya que se dispone de la tecnología adecuada y, además, por la factibilidad del proyecto, ya que se disponen de los recursos materiales, humanos y económicos necesarios para llevarlo a cabo.

Es por este motivo que mediante este proyecto de investigación se pretende valorar la efectividad de centralizar la atención a la salud sexual y reproductiva en un centro de referencia de Lleida, concretamente en las consultas externas del *Hospital Universitari Arnau de Vilanova* (HUAV), con los recursos necesarios para asegurar un acceso rápido y de calidad al que la población pueda acudir, pudiendo influir consecuentemente en su nivel de

satisfacción. Estos podrán acudir a la unidad espontáneamente, sin cita previa y sin necesidad de pasar previamente por el servicio de urgencias del CAP. Serán atendidos por un equipo multidisciplinar permitiendo así agilizar la atención al usuario. Se les ofrecerá un circuito rápido de detección precoz de las ITS (cribado de ITS) y el estudio de sus contactos, además de la oferta de tratamiento inmediato y su seguimiento, la profilaxis PrEP y PPE al VIH, el servicio de vacunación y educación sanitaria sobre la salud sexual y afectiva y la promoción del sexo seguro (APP “OPTITS exprés”).

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para construir la pregunta de investigación se ha tenido en cuenta la estrategia PICO (paciente, intervención, comparación y resultado). La formulación de esta pregunta es la siguiente:

¿Es efectiva la implementación de la Unidad “OPTITS exprés” al centralizar la atención a la salud sexual y reproductiva en un centro de referencia de Lleida, con los recursos necesarios, para asegurar un acceso rápido y de calidad al que la población pueda acudir y mejorar así su nivel de satisfacción según la calidad del servicio percibida, en comparación con el nivel de satisfacción del servicio convencional?

Tabla 5: Formato PICO

COMPONENTES DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
Paciente	Población que acuda al servicio por cuenta propia o bien sean remitidos a dicho servicio por los profesionales sanitarios.
Intervención	Unidad “OPTITS exprés”: Centralización de la atención a la salud sexual y reproductiva en un centro de referencia de Lleida, las consultas externas del <i>Hospital Universitari Arnau de Vilanova</i> (HUAUV), que dispone de un equipo multidisciplinar formado por matronas, ginecólogos/obstetras, urólogos y profesionales de enfermería, de dermatología y de psicología, con los recursos necesarios para asegurar un acceso rápido y de calidad, sin necesidad de pasar previamente por el servicio de urgencias del CAP.

Tabla 5: Continuación formato PICO

Intervención	Se les ofrecerá un circuito rápido de detección precoz de las ITS (cribado ITS) y el estudio de sus contactos, además de la oferta de tratamiento inmediato y su seguimiento, la profilaxis PrEP y PPE al VIH, el servicio de vacunación y educación sanitaria sobre la salud sexual y afectiva y la promoción del sexo seguro (APP “OPTITS exprés”).
Comparación	Servicio convencional.
Outcomes (Resultados)	Cambios en las siguientes variables: nivel de satisfacción, diagnóstico y tratamiento de ITS de los casos/contactos, tiempo de diagnóstico de ITS y tiempo de tratamiento de ITS de los casos/contactos, nivel de conocimientos sobre sexualidad e ITS, uso del preservativo, nivel de ansiedad y de autoestima.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

La centralización de la atención a la salud sexual y reproductiva en un centro de referencia de Lleida, el HUAV, será efectiva y mejorará el nivel de satisfacción del usuario, al asegurar un acceso rápido y de calidad al que la población pueda acudir, en comparación con el servicio convencional.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el impacto de la implementación de un circuito rápido para el abordaje de las ITS en el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en la Unidad “OPTITS exprés”, en comparación con el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio convencional mediante el cuestionario SERVPERF (*Service Performance*).

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar la efectividad del servicio ofrecido por la Unidad “OPTIT exprés” comparado con el servicio convencional, en concreto:
 - 1.1. Determinar el número de casos detectados e instauración del tratamiento precoz en ambos servicios de entre las personas atendidas, así como los tiempos precisados para ello a partir del registro de la historia clínica y datos del laboratorio.
 - 1.2. Establecer el número de contactos localizados y tratados en ambos servicios de entre las personas atendidas, así como los tiempos precisados para ello, a partir del registro de la historia clínica y datos del laboratorio.
 - 1.3. Identificar el nivel de autoestima y ansiedad de las personas atendidas (casos y contactos) tanto el primer día de atención en el servicio, el día de la entrega de resultados, como a los 2 meses de acudir al servicio.
2. Evaluar la eficacia de la APP “OPTITS exprés”:

Tras la participación en el proyecto, el 85% de los usuarios que hayan visitado al menos 3 de las 4 pantallas de la APP “OPTITS exprés” sobre habilidades, actitudes y

conocimientos relacionados con la sexualidad y las ITS, responderá adecuadamente al 80% de las preguntas del cuestionario sobre los conocimientos e incrementará el uso consistente del preservativo como método único/doble método obteniendo una puntuación alta (25-35 puntos) en la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo, evaluado a los 2 meses de acudir al servicio.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El proyecto de investigación que se lleva a cabo es un estudio observacional en el que se comparan dos grupos: un grupo basal (servicio convencional) y un grupo intervención (servicio centralizado en la Unidad “OPTITS exprés”), midiéndose en ambos el nivel de satisfacción del usuario, según la calidad del servicio percibida. Además, se trata de un estudio observacional de tipo longitudinal y prospectivo. Longitudinal porque la medición se realiza a lo largo del tiempo y prospectivo porque se seguirá a los participantes a través del tiempo, hacia el futuro (71).

3.2. CONTEXTO DEL ESTUDIO: ÁMBITO Y PERÍODO

El presente proyecto se llevará a cabo en las consultas externas del *Hospital Universitari Arnau de Vilanova* (HUAV), donde se dispone de los recursos necesarios, materiales, humanos y económicos, para centralizar la atención a la salud sexual y reproductiva de la población de Lleida.

El período de evaluación se realizará en tres tiempos: en la primera visita cuando el usuario que acuda al servicio acepte participar en el proyecto (T0= evaluación inicial), en el momento de la notificación de los resultados (T1) (en menos de 24h en la Unidad “OPTITS exprés” y aproximadamente a los 7 días en el servicio convencional) y a los dos meses de la primera visita (T2). Se realizará la evaluación en la Unidad “OPTITS exprés” y en el servicio convencional y se compararán los resultados de las personas atendidas en ambos servicios.

3.3. PARTICIPANTES: POBLACIÓN Y MUESTRA

La población diana de este estudio serán todos aquellos usuarios asintomáticos y sintomáticos de cualquier edad que acudan a las consultas externas del *Hospital Universitari Arnau de Vilanova* (HUAV), por cuenta propia o bien sean remitidos a dicha unidad, como contacto sexual, por los profesionales sanitarios.

El tipo de muestreo es por conveniencia, un tipo de muestreo no probabilístico en el que no interviene el azar, sino que se seleccionan aquellos sujetos más fácilmente accesible para el investigador.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:**
 - Usuarios que acepten participar de manera voluntaria en el proyecto y firmen el consentimiento informado.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:**
 - Usuarios menores de edad que acudan al servicio.
 - Usuarios con barrera idiomática que no puedan comprender en que consiste el proyecto.

3.4. VARIABLES

En todo proyecto de investigación se miden un conjunto de características conocidas como variables, las cuales son necesarias para valorar la eficacia de la misma intervención.

En el presente proyecto se dividen las variables en dos tipos: variables independientes y variables dependientes. Las variables independientes son aquellas que el propio investigador puede manipular, son aquellos factores que se pretenden estudiar y que suelen ser la causa de otro fenómeno, es decir, son los factores desencadenantes que generan y explican un cambio en las variables dependientes, de manera que un cambio en las variables independientes generará cambios en las dependientes, pero no al revés. Dentro de estas variables, encontramos también las co-variables, aquellas variables que definen el perfil de la población estudiada, como por ejemplo sus características sociodemográficas. En cambio, entendemos por variables dependientes al fenómeno resultante, a aquellos factores que el investigador observa o mide para determinar así el efecto de las variables independientes. Por lo que las variables dependientes serán modificadas por las variables independientes (72,73).

A continuación, se identifican y definen las variables presentes en el proyecto y sus instrumentos de medida:

Tabla 6: Variables independientes e instrumentos de medida del proyecto

	Variables del estudio	Según el nivel de medida	Instrumento de medida
Independientes	Participación en el proyecto	Cualitativa nominal	Hoja de recogida de datos
Independientes (Co-variables)	Edad	Cualitativa ordinal	Hoja de recogida de datos
	Sexo	Cualitativa nominal	Hoja de recogida de datos
	Nacionalidad	Cualitativa nominal	Hoja de recogida de datos
	Orientación sexual	Cualitativa nominal	Hoja de recogida de datos
	Parejas sexuales	Cuantitativa discreta	Hoja de recogida de datos
	Fecha última relación sexual	Cuantitativa discreta	Hoja de recogida de datos
	Práctica sexual	Cualitativa nominal	Hoja de recogida de datos

Tabla 7: Variables dependientes e instrumentos de medida del proyecto

	Variables del estudio	Según el nivel de medida	Instrumento de medida
Dependientes	Nivel de satisfacción del usuario	Cualitativa ordinal	Cuestionario SERVPERF (Service Performance)
	Diagnóstico de ITS del caso	Cualitativa nominal	Encuesta epidemiológica individualizada de las ITS. Informe de caso.
	Diagnóstico de ITS del contacto		
	Tratamiento de ITS del caso		
	Tratamiento de ITS del contacto		
	Tiempo de diagnóstico de ITS del caso	Cuantitativa continua	
	Tiempo de diagnóstico de ITS del contacto		
	Tiempo de tratamiento de ITS del caso		
	Tiempo de tratamiento de ITS del contacto		
	Nivel de conocimientos sobre sexualidad e ITS	Cualitativa nominal	Cuestionario Afectivo-Sexual
	Uso del preservativo	Cualitativa ordinal	Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo

Tabla 8: Continuación variables dependientes e instrumentos de medida del proyecto

	Variables del estudio	Según el nivel de medida	Instrumento de medida
Dependientes	Nivel de ansiedad	Cualitativa ordinal	Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)
	Nivel de autoestima	Cualitativa ordinal	Escala de Autoestima de Rosenberg

VARIABLES INDEPENDIENTES:

A continuación, se definirán las principales variables independientes que formarán parte del presente proyecto. Estás serán anotadas en la hoja de recogida de datos que se ha elaborado.

1. **Participación en el proyecto:** variable cualitativa nominal que incluye a aquellos usuarios que aceptan formar parte del proyecto y firman el consentimiento informado.
2. **Edad:** variable cuantitativa ordinal; extraída a partir de la fecha actual y la fecha de nacimiento del usuario.
3. **Sexo:** variable cualitativa nominal definida genéticamente por los órganos sexuales de cada usuario, se refiere a la anatomía del sistema reproductivo (masculino o femenino) y a sus características sexuales secundarias, que definen a los seres humanos como hombre y mujer.
4. **Nacionalidad:** variable cualitativa nominal; extraída en función del lugar de nacimiento del usuario.
5. **Orientación sexual:** variable cualitativa nominal; se refiere a la capacidad de cada usuario de sentir atracción emocional, sexual y afectiva hacia otra persona, indistintamente del tipo de sexo.
6. **Parejas sexuales:** variable cuantitativa discreta; extraída a partir del número de contactos sexuales que ha tenido el usuario en los últimos seis meses a partir de la fecha actual.
7. **Fecha última relación sexual:** variable cuantitativa discreta; extraída a partir de la fecha de la última práctica sexual mantenida hasta la fecha actual.
8. **Práctica sexual:** variable cualitativa nominal; se refiere al tipo de sexo mantenido, vaginal, anal u oral, en la última relación sexual del usuario.

VARIABLES DEPENDIENTES:

A continuación, se definirán las principales variables dependientes que formarán parte del presente proyecto.

1. **Nivel de satisfacción del usuario:** variable cualitativa ordinal; se refiere al nivel de complacencia que expresa el usuario según la calidad de la atención percibida en el servicio, respeto a su accesibilidad, el trato y las interacciones con los profesionales, la participación en la toma de decisiones o la coordinación y la organización de los profesionales del servicio, tras el proceso de cribaje de ITS, a medir con el cuestionario SERVPERF (*Service Performance*).
2. **Diagnóstico de ITS del caso:** variable cualitativa nominal; se refiere al número de casos diagnosticados de ITS en relación al total de pacientes que acuden al servicio, extraído de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
3. **Diagnóstico de ITS del contacto:** variable cualitativa nominal; se refiere al número de contactos diagnosticados de ITS en relación al total de casos diagnosticados de ITS que acuden al servicio, extraído de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
4. **Tratamiento de ITS del casos:** variable cualitativa nominal; se refiere al número de casos tratados de ITS en relación al total de pacientes con diagnóstico de ITS, extraído de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
5. **Tratamiento de ITS del contacto:** variable cualitativa nominal; se refiere al número de contactos que confirman haber realizado el tratamiento de ITS en relación al total de pacientes con diagnóstico de ITS, extraído de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
6. **Tiempo de diagnóstico de ITS del caso:** variable cuantitativa continua; extraída a partir de la fecha en que se realiza la toma de muestras y la fecha del diagnóstico del caso, en la cual se obtiene la notificación de los resultados dando como resultado el tiempo que se ha tardado en obtener el diagnóstico. Se obtendrá de la encuesta

epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.

7. **Tiempo de diagnóstico de ITS del contacto:** variable cuantitativa continua; extraída a partir de la fecha en que se realiza la toma de muestras y la fecha del diagnóstico del contacto, en la cual se obtiene la notificación de los resultados dando como resultado el tiempo que se ha tardado en obtener el diagnóstico. Se obtendrá de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
8. **Tiempo de tratamiento de ITS del caso:** variable cuantitativa continua; extraída a partir de la fecha del diagnóstico y la fecha de inicio del tratamiento de ITS del caso. Se obtendrá de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
9. **Tiempo de tratamiento de ITS del contacto:** variable cuantitativa continua; extraída a partir de la fecha del diagnóstico y la fecha de inicio del tratamiento de ITS del contacto. Se obtendrá de la encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*.
10. **Nivel de conocimientos sobre sexualidad e ITS:** variable cualitativa nominal; se refiere a los conocimientos que tienen los usuarios que acuden al servicio sobre el aparato reproductor femenino y masculino, sobre las ITS y los hábitos saludables para prevenirlas, y sobre los métodos anticonceptivos en la prevención de las ITS y los embarazos no deseados. El instrumento de medida es el Cuestionario Afectivo-Sexual.
11. **Uso del preservativo:** variable cualitativa ordinal; se refiere a la capacidad que tiene el propio usuario de controlar el uso del preservativo en diferentes momentos de una relación sexual, a medir con la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo.
12. **Nivel de ansiedad:** variable cualitativa ordinal; se refiere al estado de ansiedad que refieren los usuarios durante la primera visita al servicio, durante la notificación de los resultados y a los dos meses de la primera visita (ansiedad estado). Además de medir los niveles de ansiedad en su día a día (ansiedad rasgo). El instrumento de medida es el Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI).

13. **Nivel de autoestima:** variable cualitativa ordinal; se refiere a los sentimientos de valía personal y de respeto y los niveles de aceptación a uno mismo que tienen los usuarios tras el cribaje de ITS. Su instrumento de medida es la Escala de Autoestima de Rosenberg.

3.5. TÉCNICAS PARA LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Antes de la implementación del proyecto, los profesionales sanitarios que formarán parte de la Unidad “OPTITS exprés” y del servicio convencional, así como también el estadístico, firmarán el consentimiento de confidencialidad de datos de los participantes para garantizar su privacidad (Anexo 1).

A todos los usuarios y contactos que acudan a los servicios, se les informará de la existencia del proyecto, así como de sus objetivos, y en aquellos casos en que se cumplan los criterios de inclusión y de exclusión previamente establecidos, se les ofrecerá su participación voluntaria; los que acepten, firmarán el consentimiento informado (Anexo 2). Seguidamente, aleatoriamente mediante una hoja de cálculo del programa informático *Microsoft Office Excel 2019 (v19.0)*, se les asignará un número de identificación (código personal), con el objetivo de preservar el anonimato y de proteger sus datos personales.

En la hoja de recogida de datos donde se incluirán las variables del estudio extraídas de los instrumentos de medida, se realizarán tres evaluaciones: durante la primera visita (T0), durante la notificación de los resultados (T1) (en menos de 24h en la Unidad “OPTITS exprés” y aproximadamente a los 7 días en el servicio convencional) y a los dos meses de la primera visita al servicio (T2), y será el profesional de enfermería del ámbito de la Salud Pública que se encargará de recoger los datos (Anexo 3). Todos los cuestionarios se pasarán en ambos servicios, excepto los cuestionario de evaluación de la APP (Cuestionario Afectivo- Sexual y Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo) que solo se administrarán en la Unidad “OPTITS exprés” y se procederá a su cumplimentación en aquellos casos que acepten participar en la aplicación; la recogida de datos también se realizará tanto en la Unidad “OPTITS exprés” como en el servicio convencional para su posterior comparación. Los cuestionarios son de autocumplimentación y los tiempos de administración variarán de uno a otro.

Los cuestionarios que se pasarán serán los siguientes:

- Cuestionario SERVPERF (*Service Performance*): Se pasará en T2.
- Escala de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI): Se pasará en T0, T1 y T2.
- Escala de Autoestima de Rosenberg. Se pasará en T0 y T2.
- La encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)*, se pasará en T0 y T1 (los apartados que se deberán cumplimentar en cada evaluación se especificarán más adelante). Se procederá a realizar la evaluación T1 solo en caso de que el resultado salga positivo.

Aparte de los cuestionarios comentados anteriormente y como ya hemos mencionado, en la APP se incluirán también dos cuestionarios: el Cuestionario Afectivo-Sexual y la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo. La APP estará programada de tal forma que al acceder a la misma, concretamente a la sección informativa, ofrezca al usuario responder a los cuestionarios iniciales (Cuestionario Afectivo-Sexual y la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo) como requisito para acceder a las otras pantallas de dicha sección. Así también, una vez el participante haya accedido durante un mínimo de 20 minutos a 2 de las 3 pantallas, la propia aplicación activará la aparición del Cuestionario Afectivo-Sexual (post participación en la APP) de manera automática para testar los conocimientos adquiridos. La Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo, al considerar que no pretende evaluar solo los conocimientos adquiridos, sino también habilidades y actitudes, se volverá a administrar a los dos meses de la primera visita, en T2. Por este motivo, los resultados de estos cuestionarios se recogerán antes/después de participar en la APP para poderlos comparar y evaluar así la efectividad y los beneficios de la misma. Los usuarios se identificarán en la APP mediante el código personal que se les proporcionará, quedando así vinculada su identidad con el código.

A continuación, se presenta de forma esquematizada como se realizará la recogida de datos en la Unidad "OPTITS exprés", teniendo en cuenta si el resultado sale positivo (+) o negativo (-) y si el usuario acepta o no la participación en la APP.

Tabla 9: Recogida de datos de los usuarios con resultado positivo y que aceptan participar en la APP

T0	T1 Resultado + / Si acepta APP	T2
		SERVPERF
Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI
Escala de Autoestima		Escala de Autoestima
E Epidemiológica	E Epidemiológica (solo si resultado +)	
		Autoeficacia uso preservativo (PRE)
		Autoeficacia uso preservativo (POST)
		Afectivo-sexual (PRE)
		Afectivo-sexual (POST)
+ abordaje psicológico s/p	+ abordaje psicológico s/p	

Tabla 10: Recogida de datos de los usuarios con resultado positivo y que no aceptan participar en la APP

T0	T1 Resultado + / No acepta APP	T2
		SERVPERF
Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI
Escala Autoestima		Escala de Autoestima
E Epidemiológica	E Epidemiológica (solo si resultado +)	
+ abordaje psicológico s/p		

Tabla 11: Recogida de datos de los usuarios con resultado negativo y que aceptan participar en la APP

T0	T1 Resultado - / Si acepta APP	T2
		SERVPERF
Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI
Escala de Autoestima		Escala de Autoestima
E Epidemiológica		
		Autoeficacia uso preservativo (PRE)
		Autoeficacia uso preservativo (POST)
		Afectivo sexual (PRE)
		Afectivo sexual (POST)
+ abordaje psicológico s/p	+ abordaje psicológico s/p	

Tabla 12: Recogida de datos de los usuarios con resultado negativo y que no aceptan participar en la APP

T0	T1 Resultado - / No acepta APP	T2
		SERVPERF
Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI
Escala Autoestima		Escala Autoestima
E Epidemiológica		
+ abordaje psicológico s/p		

Mientras que en el servicio convencional la recogida de datos se realizará de la siguiente manera:

Tabla 13: Recogida de datos en el servicio convencional

T0	T1	T2
		SERVPERF
Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI	Escala Ansiedad STAI
Escala Autoestima		Escala Autoestima
E Epidemiológica	E Epidemiológica (solo si resultado +)	
+ abordaje psicológico s/p		

Los cuestionarios utilizados para la recogida de datos son los siguientes:

- Cuestionario SERVPERF (*Service Performance*) (Anexo 4):

El cuestionario fue validado por Díaz (74) en el ámbito sanitario con población general usuaria de sanidad pública versus privada demostrando buenas propiedades psicométricas, ya que presenta simplicidad, fiabilidad y validez, por lo que es adecuado para medir la calidad percibida de los servicios sanitarios públicos (74–76).

Es un cuestionario que evalúa el nivel de satisfacción del usuario según la calidad de la atención percibida. Está compuesto por 22 ítems que miden el grado de calidad percibida en el servicio sanitario en una escala Likert de 7 puntos (siendo 1 el nivel más bajo de calidad percibida (totalmente insatisfecho), 4 (moderadamente satisfecho), y 7 el nivel más alto (totalmente satisfecho)).

Los 22 ítems se distribuyen en 5 dimensiones de calidad percibida que son los siguientes (74,75):

- Atención recibida por el personal médico (8 ítems: P1-P8).
- Atención recibida por el personal administrativo y de enfermería (4 ítems: P9-P12).
- Organización del servicio (4 ítems: P13-P14, P18-P19).
- Elementos tangibles (3 ítems: P15-P17).
- Tiempos de espera (3 ítems: P20-P22).

Aparte de los 22 ítems, cuenta con 1 ítem de valoración subjetiva de la propia salud (escala 1-5: 1 mala-5 excelente) y 3 preguntas abiertas: ¿Qué es lo que más le gusta del servicio?, ¿Qué es lo que menos le gusta del servicio? y ¿Cómo se podría mejorar?

La puntuación SERVPERF se calcula como la sumatoria de las puntuaciones de percepción:

$$\text{SERVPERF} = \sum P_j$$

De modo que en cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones y de sus puntuaciones de mayor calidad será el servicio (75).

- Encuesta epidemiológica individualizada de las ITS, (informe de caso) del *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la SIDA de Catalunya (CEEISCAT)* (Anexo 7).

Mediante esta encuesta al detectar casos de infección por gonorrea, clamidia, linfogranuloma venéreo (LGV) o sífilis, se podrá realizar la declaración individualizada obligatoria a las distintas Unidades de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Salud de las regiones sanitarias de Barcelona, Cataluña Central, Girona, Lleida, Alt Pirineu y Aran, Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre, y al órgano de Vigilancia de Salud Pública de Barcelona. Los apartados que se incluyen en la encuesta son: datos sociodemográficos, del médico/a notificante, del diagnóstico (diagnóstico, fecha del diagnóstico, inicio y tipo de síntomas, tratamiento), del laboratorio (fecha recogida de la muestra, características de la muestra), antecedentes clínicos, epidemiología y conducta, estudio de contactos y apartado de comentarios y/o observaciones (77). Al notificar los casos diagnosticados y tratados, así como sus posibles contactos, se podrá obtener el porcentaje de cada uno de ellos en relación al total de usuarios diagnosticados. En la evaluación inicial (T0), se utilizarán los apartados de datos sociodemográficos, el apartado de antecedentes clínicos, el de epidemiología y conducta y el de observaciones y/o comentarios. En caso de que el resultado salga positivo se procederá a realizar la evaluación T1, donde se cumplimentarán los apartados de datos del médico/a notificante, datos diagnósticos, datos de laboratorio y el apartado de estudio de contactos y el de observaciones y/o comentarios. Si sale negativo, no será necesario concluir la cumplimentación de la encuesta y no se procederá a realizar la evaluación T1.

- Cuestionario Afectivo-Sexual (Anexo 8 y 9):

El cuestionario evalúa los conocimientos sobre el aparato reproductor femenino y masculino, sobre las ITS y los hábitos saludables para prevenirlas, y sobre los métodos anticonceptivos en la prevención de las ITS y los embarazos no deseados. En el estudio de *Pozo AT. et al.* (79), tras diseñar y aplicar el cuestionario en una muestra de 30 estudiantes sanos de segundo curso de Bachillerato del Centro Penitenciario de Badajoz se concluyó, con un nivel de confianza del 95%, que era una herramienta válida, de gran consistencia interna. El cuestionario contiene 40 ítems, 10 sobre el aparato reproductor femenino, 10 sobre el masculino, 10 sobre las ITS y

su prevención, y los 10 restantes sobre métodos anticonceptivos y hábitos saludables. Las opciones de respuesta son: “sí” en el caso de estar de acuerdo con la afirmación planteada, “no” si se considera falso el contenido y “no sabe/no contesta” si no se sabe la veracidad o falsedad de la pregunta planeada (79). Actualmente, no se dispone de la interpretación del cuestionario, se contactará con su autor en el momento en que se lleve a cabo el proyecto.

- Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo (Anexo 10):

La Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo pertenece al Cuestionario de Prevención del SIDA (CPS) de Ballester, Gil y Giménez (2007) y, tras su evaluación en una muestra de 4503 estudiantes universitarios, se concluyó que sus propiedades psicométricas eran adecuadas. La subescala está formada por 7 enunciados donde se describen diferentes habilidades relacionadas con el uso del preservativo en distintos momentos de una relación sexual: antes de la relación sexual, en la compra del preservativo, en el momento de negociación con la pareja, a la hora de ponérselo, en una situación en la que se ha consumido alcohol u otras drogas y en una situación de máxima excitación sexual. La subescala sigue un formato de tipo Likert con 6 alternativas, que en función de su grado de acuerdo responderán una cosa u otra. A partir de las puntuaciones de cada ítem se obtendrá una puntuación total de la suma de todas, siendo el máximo de 35 puntos. Según la puntuación que se obtenga la interpretación será la siguiente (80):

- De 0 a 12 puntos: Autoeficacia baja.
- De 13 a 24 puntos: Autoeficacia media.
- De 25 a 35 puntos: Autoeficacia alta.

Este cuestionario, al igual que el anterior, solo se administrará en los participantes que acepten participar en la APP. Como se ha comentado anteriormente, la APP estará programada de tal forma que al acceder a la misma, concretamente a la sección informativa, ofrezca al usuario responder al cuestionario inicial (Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo) como requisito para acceder a las otras pantallas de dicha sección. Al no depender solo de conocimientos, sino también de habilidades y actitudes, se volverá a administrar a los dos meses de la primera visita en el servicio, en la evaluación de seguimiento (T2).

- Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) (Anexo 5):

Este cuestionario desde su adaptación al español en 1982, por sus propiedades psicométricas se ha convertido en un instrumento válido, útil y eficaz para medir la ansiedad en diversos ámbitos (alumnos de diferentes edades y niveles escolares, poblaciones de pacientes o grupos clínicos diversos...). La finalidad del cuestionario es evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como también una hiperactividad del sistema nervioso autónomo) y como rasgo (propensión ansiosa estable con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, elevando consecuentemente la ansiedad estado), mediante dos subescalas con 20 ítems para cada una, a través de una escala de respuesta tipo Likert de 4 opciones según la intensidad. La puntuación total de cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. Los ítems de la ansiedad estado evalúan como se sienten en el momento en concreto, mientras que los de la ansiedad rasgo como se sienten los sujetos generalmente, en su día a día. La interpretación de la puntuación obtenida es la siguiente (81,82):

- | | |
|--|--|
| ○ Ansiedad Rasgo: | ○ Ansiedad Estado: |
| ○ < 29 puntos: Nivel de ansiedad bajo. | ○ < 24 puntos: Nivel de ansiedad bajo. |
| ○ Entre 29 y 41 puntos: Nivel de ansiedad medio. | ○ Entre 24 y 38 puntos: Nivel de ansiedad medio. |
| ○ > 41 puntos: Nivel de ansiedad alto. | ○ > 38 puntos: Nivel de ansiedad alto. |

- Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 6):

La escala fue creada por Dr. Rosenberg el año 1965 y validada al español por Atienza, Moreno y Balaguer el año 2000. Al presentar una buenas propiedades psicométricas (consistencia interna entre 0,76 y 0,87 y fiabilidad del 0,80) en una población de 533 pacientes tratados en centros de salud mental, concluyeron que la adaptación española es válida para su utilización en contextos clínicos (83).

Se utiliza para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto y aceptación a sí mismo. Consta de 10 ítems, de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1; de los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4, por lo que la puntuación mínima será de 10 y la máxima de 40. Los cinco primeros ítems están enunciados de forma positiva y cinco últimos de forma negativa para controlar el

efecto de la aquiescencia. El resultado se obtiene de la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y de la puntuación invertida de los ítems 1, 3, 4, 6, 7.

Según la puntuación que se obtenga la interpretación será la siguiente (83):

- De 30 a 40: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Los resultados dependerán de las puntuaciones extraídas de los instrumentos de medida explicados anteriormente. Posteriormente, el profesional de enfermería evaluador pasará los resultados obtenidos a una hoja de Excel para poder valorar y comparar los resultados en ambos servicios. Una vez recopilada toda la información la pasará, a través de un disco duro con clave de acceso, al estadístico para realizar el análisis de datos. Este, introducirá todos los datos obtenidos en el programa informático *Software IBM SPSS®* para realizar el análisis estadístico.

Toda la información del proyecto (consentimiento de confidencialidad, consentimiento informado, hoja de recogida de datos, cuestionarios) se guardará en un disco duro con clave de acceso y los cuestionarios en papel en un archivador cerrado bajo llave, quedando su acceso restringido a toda persona ajena al proyecto.

3.6. INTERVENCIÓN

Como ya se ha explicado anteriormente, en Cataluña el impacto de las ITS es más elevado entre la población de 15 y 24 años, en los extranjeros y en los homosexuales.

Según el Plan de salud afectiva y sexual (PSAS) del 2013 de la *Agència de Salut Pública de Catalunya*, para promover la salud afectiva, sexual y reproductiva de la población joven, es necesario garantizar la atención a los grupos de jóvenes vulnerables, favorecer las medidas de protección y reducir las conductas de riesgo (84). Además, para la prevención y control de las ITS es necesario promover la educación sexual de la población vulnerable, el cribaje de las personas que presenten ITS, así como también su diagnóstico y tratamiento (tanto de las personas infectadas como de sus contactos). Aparte de ofrecer el servicio de vacunación (85).

Es por estos motivos que la nueva unidad, “OPTITS exprés”, ofrecerá una prevención combinada de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La duración total del proyecto, desde su elaboración y redacción hasta la transferencia y difusión de los resultados y sus pertinentes conclusiones a la sociedad, será de 2 años y 7 meses. En el cronograma que se presentará posteriormente (apartado 3.7.) se especificará la organización del mismo.

El programa de intervención estará formado por tres partes, que se explicarán detalladamente a continuación: circuito rápido, plataforma APP “OPTITS exprés” y servicio de soporte emocional y psicológico.

3.6.1. CIRCUITO RÁPIDO:

SENSIBILIZACIÓN, DISEÑO Y PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD:

Elaborado y redactado el proyecto y tras la evaluación positiva por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC), se citará a todos los profesionales que formarán parte del equipo multidisciplinar (matronas, ginecólogos/obstetras, urólogos, profesionales de enfermería, de dermatología y de psicología) para sensibilizarlos sobre la situación actual de las ITS (se ofrecerán los datos epidemiológicos actualizados) y de la importancia de llevar a cabo el presente proyecto, por la magnitud del problema y la necesidad poblacional a nivel epidemiológico, por la efectividad que han tenido este tipo de intervenciones en los proyectos existentes (se expondrán los proyectos existentes explicados en el marco teórico) y, además, por la factibilidad del mismo ya que se dispone de los recursos económicos, materiales y humanos necesarios para llevarlo a cabo.

Entre los distintos profesionales, se organizarán cinco sesiones donde se llevará a cabo el diseño de la unidad y se procederá a la preparación del servicio con los recursos humanos y materiales necesarios. Seguidamente, el responsable del proyecto realizará la presentación final de la unidad ofrecida al resto de profesionales, explicando detalladamente la población diana que atenderá, así como los servicios y métodos diagnósticos que se ofrecerán (*Tabla 14 y 15*).

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:

Para garantizar la calidad asistencial de la unidad y un abordaje integral y biopsicosocial del usuario, se dispondrá de un equipo multidisciplinar formado por los siguientes profesionales:

- Profesional de enfermería:
 - Matronas, como enfermeras especialistas: se encargarán del cribaje, la toma de muestras y, conjuntamente con el obstetra, del diagnóstico precoz. También se encargarán de detectar los factores de riesgo y los problemas ginecológicos relacionados con las ITS y procederán a su derivación en caso de que sea necesario.
 - Enfermería del ámbito de la Salud Pública: serán los encargados de la planificación, gestión y coordinación del proyecto (incluyendo la recogida de datos), así como también de la coordinación entre los distintos profesionales implicados (planificación de las visitas encadenadas y del servicio de soporte psicológico) y de la captación de los participantes. Además, se encargarán de la promoción de la salud sexual y afectiva a través de la creación de la APP *“OPTITS exprés”*, donde se promocionarán las prácticas sexuales seguras y se ofrecerá información relacionada con las ITS, aparte de ofrecer también soporte emocional y psicológico. El seguimiento de la participación en la APP también será realizado por estos profesionales, en caso de no utilizarla contactarán con ellos por vía telefónica. Otra de sus funciones será la de prevención, vigilancia y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), ofreciendo el servicio de vacunación, la profilaxis PrEP y PPE al VIH y realizando el estudio de contactos y su seguimiento (el seguimiento se realizará entre los profesionales de psicología y de enfermería). También serán los responsables de la notificación de los resultados a la salud pública, en caso de ser el resultado positivo en ITS de declaración obligatoria.
 - Enfermero/a especialista en salud mental: se encargará en colaboración con el profesional de psicología de ofrecer soporte emocional especializado.
- Ginecólogos/obstetras, urólogos: los primeros serán los encargados del abordaje de las ITS durante la gestación de aquellos casos que sean derivados por las matronas y de

prescribir el tratamiento adecuado para las ITS diagnosticadas, y los segundos, de las ITS en los hombres por la repercusión clínica que tienen algunas ITS en el aparato reproductor masculino.

- Profesionales de dermatología: son los facultativos especialistas en las ITS con afectación dermatológica (verrugas, úlceras, herpes, etc.). Encargados del diagnóstico, el tratamiento y su prevención.
- Profesionales de psicología: proporcionarán soporte psicológico a todos aquellos usuarios diagnosticados de ITS, así como también a sus contactos. Se ofrecerá el servicio a quién lo solicite. Además, en la APP se incluirá una sección de soporte emocional y psicológico y de preguntas.

La unidad contará también con el Servicio de Microbiología del mismo hospital, para la realización de pruebas de serología y biología molecular para la detección rápida de las ITS, y con la incorporación de tecnología avanzada en el diagnóstico (GeneXpert); con personal administrativo e informático, encargados de la gestión; y con la colaboración de especialistas de Medicina Preventiva y Salud Pública para la notificación y seguimiento epidemiológico de los casos/contactos, y de Medicina Interna para, que en el caso de que fuera necesario, proceder a su derivación.

SERVICIOS DE LA UNIDAD “OPTITS EXPRÉS”:

Tabla 14: Servicios ofrecidos en la unidad

POBLACIÓN ATENDIDA:	Usuarios asintomáticos y sintomáticos de cualquier edad que acudan a las consultas externas de la Unidad “OPTITS exprés” del HUAV, por cuenta propia o bien sean remitidos a dicha unidad por el profesional sanitario como contacto sexual, demandando realizarse el cribado de ITS de manera espontánea, sin necesidad de pedir cita previa.
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	Matronas (enfermera especialista), ginecólogos/obstetras, urólogos, profesionales de enfermería del ámbito de la Salud Pública y de salud mental y profesionales de dermatología y de psicología.

Tabla 15: Servicios ofrecidos en la unidad

PREVENCIÓN COMBINADA	PREVENCIÓN PRIMARIA	Educación sexual y afectiva, promoción del sexo seguro	Estrategias conductuales (APP “OPTITS exprés”)	-Educación salud sexual, información sobre ITS/VIH. -Asesoramiento prácticas sexuales seguras. -Métodos de prevención de las ITS/VIH. Promoción uso del preservativo.
		Estrategias biomédicas:	PrEP al VIH. Servicio de vacunación: hepatitis A, hepatitis B y VPH.	
		Estrategias estructurales: máquinas de dispensación de preservativos gratuitos.		
		Soporte psicológico especializado.		
	PREVENCIÓN SECUNDARIA	Diagnóstico precoz: circuito rápido de cribado de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, gonorrea y clamidia.		
		Estudio de contactos y su seguimiento.		
		Profilaxis PPE al VIH.		
	PREVENCIÓN Terciaria	Tratamiento inmediato y abordaje psicológico, si precisa.		
		Seguimiento de casos positivos conocidos (VIH).		
	TIPO DE SESIONES	PREVENCIÓN PRIMARIA	Estrategias conductuales: modo virtual a través de la APP “OPTITS exprés” .	
Estrategias biomédicas: consultas externas.				
Estrategias estructurales: consultas externas.				
Soporte psicológico: virtual a través de la APP y presencial en las consultas externas (1 vez a la semana).				
PREVENCIÓN SECUNDARIA		Diagnóstico precoz: consultas externas.		
		Estudio de contactos: consultas externas presencialmente, vía telefónica.		
		Profilaxis PPE al VIH: consultas externas.		
PREVENCIÓN Terciaria		Tratamiento inmediato: consultas externas.		
		Seguimiento de casos positivos conocidos (VIH): vía telefónica y presencial en las consultas externas.		

Para mejorar la disponibilidad y accesibilidad a los servicios preventivos y asistenciales de aquellas personas infectadas, la Unidad “OPTITS exprés” contará con máquinas de

dispensación de preservativos gratuitos. Para ello, durante la preparación de los recursos materiales, se contactará con la concejalía de juventud del ayuntamiento de Lleida.

Posteriormente, al ofrecer a todos los usuarios que acudan a la unidad la opción de descargarse la APP “OPTITS exprés”, sobre educación sexual y afectiva y la promoción del sexo seguro y soporte emocional y psicológico, que se explicará posteriormente, se realizará entre los distintos profesionales una sesión clínica sobre las últimas actualizaciones en educación afectiva y sexual, para estar al corriente de la última evidencia científica y asegurar una atención de calidad. Se les facilitará también el *Manual pràctic per a les persones que informen sobre les infeccions de transmissió sexual* del *Departament de Salut de Catalunya*, con la finalidad de disponer de un documento accesible sobre la información básica de cada infección, y así mejorar y actualizar sus conocimientos sobre las ITS. En el manual también se incluye la resolución de distintos casos prácticos (86). De esta manera, nos aseguraremos de que todos los profesionales sigan los mismos criterios, permitiendo que la fiabilidad del proyecto sea mayor.

Una vez en este punto, se procederá a la puesta en marcha de la Unidad “OPTITS exprés”. El servicio atenderá a todos aquellos usuarios, incluidos los contactos, que acudan demandando realizarse un cribado de ITS espontáneamente, sin necesidad de pedir cita previa para asegurar así la atención a la demanda espontánea y no limitar el acceso a la población. A todos ellos, incluidos los contactos, se les ofrecerá la posibilidad de descargarse voluntariamente la APP de educación sexual y afectiva y promoción del sexo seguro, y de soporte emocional y psicológico. Así como también, se procederá al estudio de los contactos de los usuarios diagnosticados de ITS. El circuito a seguir será el siguiente: en primer lugar se intentará contactar con los posibles contactos a través del propio usuario diagnosticado de ITS, a los 5 días los profesionales de la unidad volverán a contactar con el usuario para saber si ya ha informado a sus contactos; en caso de que no haya podido, será el propio profesional sanitario el que se encargará de la notificación. Una vez contactados, se les ofrecerá acudir presencialmente a la unidad para realizar el diagnóstico y, en caso de que fuera necesario, iniciar tratamiento y realizar su seguimiento. El seguimiento lo realizarán entre los profesionales de enfermería y de psicología. Una vez hayan notificado al contacto, el profesional de enfermería, en un máximo de cinco días desde el día de la notificación, realizará una llamada para comprobar si ha acudido a algún centro sanitario (al nuestro u otros) para

la toma de muestras. También a la semana de la notificación, en caso de resultado positivo, se les ofrecerá como servicio opcional que el profesional de psicología contacte con él/ella (llamada telefónica) para ofrecerle soporte emocional y psicológico.

3.6.2. PLATAFORMA APP: “OPTITS exprés”

Dentro del programa de intervención, la parte de prevención primaria encaminada a la educación para la salud sexual y afectiva y la promoción del sexo seguro, y el soporte emocional y psicológico, se realizará mediante una *APP*. El nombre de la *APP* será “**OPTITS exprés**”, en referencia a dos conceptos: El primero, el prefijo opt- de optimismo, refiriéndose a la propensión de ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable, y el segundo –ITS, las siglas del término Infección de Transmisión Sexual (ITS). Esta *APP* se ofrecerá (en el momento de la notificación de los resultados, en T1) a todos los usuarios diagnosticados de ITS, así como también a sus contactos sexuales, con el objetivo principal de trabajar las habilidades, actitudes y conocimientos relacionados con la sexualidad y las ITS, para aumentar sus conocimientos y, consecuentemente, llegar a incrementar el uso consistente del preservativo. También se ofrecerá servicio de soporte emocional y psicológico.

Su descarga será totalmente voluntaria y gratuita y estará disponible para Android y iOS.

DISEÑO:

Para asegurar que la *APP* pueda ser utilizada por todos los públicos, sin necesidad de realizar adaptaciones, la aplicación seguirá los principios y las normativas de diseño universal de las aplicaciones móviles de salud. Es por eso que, para garantizar un uso efectivo, completo y ágil de la aplicación, se seguirán las directrices apropiadas de cada tipo de sistema operativo disponible; para Android “*Android Design*” y para iOS “*iOS Human Interface Guidelines*”. Además, para su diseño se contará con la colaboración de *Wake App Health*, una compañía española especializada en la creación de aplicaciones móviles para la mejora de la salud de la sociedad, de carácter científico (cuentan con la colaboración de expertos del sector de la salud), centrándose durante todo el proceso del diseño en las necesidades del usuario y aplicando los conocimientos de *Behavioral Sciences* para entender su comportamiento (87).. Así como también, la aplicación se adaptará en todo momento al destinatario al que se dirige para proporcionar una información adecuada y de calidad (87).

CONTENIDOS:

En todo momento, los contenidos ofrecidos estarán basados en fuentes de información fiable y actualizada según la evidencia científica disponible del momento, mediante un lenguaje claro y conciso, conteniendo la fecha de la última revisión/actualización del material publicado. Además, en cada publicación se referenciarán sus autores (incluyendo su perfil profesional) y las fuentes de donde se ha extraído la información. También, se mostrará la fecha de actualización de la *APP*, así como las modificaciones realizadas respecto a la versión anterior (87).

Estos contenidos se basarán en teorías y modelos que se suelen utilizar habitualmente en las intervenciones de promoción de la salud. Entre ellas encontramos las teorías del cambio de comportamiento. Algunas de ellas son: la teoría del comportamiento planificado y la teoría cognitiva social (88).

La teoría del comportamiento planificado se relaciona con las creencias de cada uno sobre la probabilidad de realizar un comportamiento, la presión social percibida al realizarlo y la propia percepción de las personas de su capacidad para llevar a cabo el comportamiento. Esta se podrá utilizar para potenciar el uso del preservativo. Mediante la información que se ofrecerá en la *APP*, en la sección informativa y la sección de mitos y obstáculos, se pretenderá que los participantes tengan una visión positiva acerca del uso del preservativo, que perciban que los demás también piensan que es beneficioso su uso y que sean ellos mismos que tengan el control sobre el uso correcto del preservativo (88).

La teoría cognitiva social también se tendrá en cuenta durante el diseño de la aplicación, ya que si se pretende que los participantes adopten unas prácticas sexuales seguras o utilicen los métodos de prevención adecuados, primero tendrán que saber en que consisten esas prácticas sexuales seguras o cuales son los principales métodos de prevención, para después llevarlo a la práctica (capacidad conductual). Es por eso que en la sección informativa y en la sección de mitos y obstáculos, se proporcionarán los conocimientos necesarios para llevar a cabo estas prácticas. Además, se trabajará el refuerzo (se les animará a realizar el cambio de comportamiento), la autoeficacia (la confianza de uno mismo en su capacidad para llevar a cabo la acción) y la respuesta de confrontación emocional (para que las personas aprendan a tratar sus ansiedades y miedos). Estos aspectos se abordarán en la sección de soporte (88).

Aparte de las teorías nombradas y explicadas anteriormente, se seguirán algunos modelos, más concretamente, el modelo de probabilidad de la elaboración de la persuasión y el modelo del proceso de adopción de precaución (88).

El modelo de probabilidad de la elaboración de la persuasión, también es un modelo que se aplicará, ya que cuanto más persuasivos sean los mensajes, más probabilidad habrá de que el mensaje sea procesado y contribuya al cambio de actitud. En cada pantalla se referenciará al profesional que ha publicado la información, ya que un mensaje será más persuasivo si los participantes reconocen al profesional como un experto sobre el tema y saben que la información que se les transmite es de fuentes fiables. Además, se irán repitiendo los mismos mensajes una y otra vez (“La prevención es la mejor forma de evitarlas”; “Utiliza el preservativo, pónelo”; Tú puedes con esto; Ámate, cuídate, protégete; No estás solo/la) (88).

Finalmente, el último modelo que se utilizará para el diseño de la *APP* será el modelo del proceso de adopción de precaución, que ayudará a la adopción de una nueva precaución, como por ejemplo el uso del preservativo, o al abandono de un comportamiento de riesgo, como puede ser la práctica de relaciones sexuales de riesgo (88).

PANTALLAS APP:

La aplicación contará con 4 pantallas: pantalla principal, sección informativa, sección de mitos y obstáculos, y sección de soporte emocional-psicológico y de preguntas (Anexo 11).

En la pantalla principal se presentarán las tres secciones (informativa, mitos y obstáculos y soporte) para poder acceder a cada una de ellas cuando les apetezca. Además, para agilizar el uso de la *APP*, en el margen derecho de cada una de las secciones saldrá la opción de “vuelta pantalla principal” para su acceso directo.

En la sección informativa, se publicarán los temas relacionados con la salud sexual y afectiva y la promoción del sexo seguro. Además de publicaciones relacionadas con la autoestima y la ansiedad. Para ello los contenidos de esta sección estarán divididos en otras 3 pantallas:

- “Primero YO”: se trabajará la autoestima, afectividad, toma de decisiones, y habilidades de negociación.
- Educación salud sexual y reproductiva:

- “Descúbrete”: Explicación del aparato reproductor masculino y femenino, conceptos básicos de salud sexual y reproductiva, derechos sexuales.
- “Tu cuerpo puede transmitir emociones, y más...”: infecciones de Transmisión sexual (ITS) (que son, los principales tipos, mecanismos de transmisión, riesgo de las diferentes prácticas sexuales (anal, oral y vaginal), principales manifestaciones y tratamiento).
- “La prevención es la mejor manera de evitarlas”: asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras, métodos de prevención de las ITS y la promoción del uso del preservativo (instrucciones para el uso correcto del preservativo; aspectos a tener en cuenta, como la fecha de vencimiento del preservativo, ponérselo al inicio de la relación sexual, abrirlo con cuidado, usarlo solo una vez, entre otros aspectos).
- “Coge aire y respira”: se trabajará el nivel de ansiedad a través de distintos recursos para la gestión emocional, como ejercicios de meditación/*mindfulness*, de respiración profunda y de relajación, visualización positiva, frases motivadoras que aparecerán en la pantalla, consejos sobre estrategias de distracción (escuchar música, cocinar, leer, hacer deporte, quedar con los amigos...) y control del pensamiento (en la pantalla saldrán distintos pensamientos, el usuario podrá escoger el que más le guste y deberá repetirlo para el mismo durante 3 minutos combinándolo con una respiración profunda). Ejemplos de pensamientos son los siguientes: Tú puedes con esto; Ámate, cuídate, protégete; No estás solo/la, etc.

Además, en cada una de las pantallas de la sección informativa, se incluirá el icono de soporte emocional-psicológico, para que al entrar en cualquiera de los apartados de esta sección puedan tener el acceso directo a la sección de soporte. También, en el margen izquierdo de esta sección se ofrecerán otras dos pestañas: una de información complementaria (videos y podcast didácticos) y la otra será un buscador, para poder acceder directamente a aspectos que se hayan trabajado en esta sección.

En la sección de mitos y obstáculos, se presentarán de manera didáctica y visual los principales mitos y obstáculos que pueden afectar a la conducta y al pensamiento de los usuarios. Se centrarán en los conocimientos erróneos, los métodos anticonceptivos, la negociación del uso del preservativo, la falta de confianza, etc. (especificados más detalladamente en el apartado

de anexos, anexo 12). En el margen izquierdo de esta sección, también se incluirá el icono de la sección de soporte, para su acceso directo.

En la sección de soporte emocional-psicológico y de preguntas, los usuarios de la *APP* podrán explicar como se sienten, sus inquietudes y emociones. También, trabajarán el refuerzo (se les animará a realizar el cambio de comportamiento), la autoeficacia (la confianza de uno mismo en su capacidad para llevar a cabo la acción) y la respuesta de confrontación emocional (para que aprendan a tratar sus ansiedades y miedos). Además, dispondrán de una pantalla personal en la cual podrán reflejar sus dudas y preguntas. Estas inquietudes y emociones serán valoradas por los profesionales de psicología y de enfermería en salud mental y, al igual que las dudas y preguntas, serán contestadas cada semana por los distintos profesionales de la unidad. En el margen izquierdo de esta sección se ofrecerán otras dos pestañas: una para acceder a las preguntas respondidas y al historial de preguntas, y la otra para contactar directamente con los profesionales, ya sea por vía telefónica o a través de un mensaje.

Finalmente, como ya se ha comentado, la *APP* estará programada de tal forma que al acceder a la misma, concretamente a la sección informativa, ofrezca al usuario responder a los cuestionarios iniciales (Cuestionario Afectivo-Sexual y la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo) como requisito para acceder a las otras pantallas de dicha sección. Así también, una vez el participante haya accedido durante un mínimo de 20 minutos a 2 de las 3 pantallas de dicha sección, la propia aplicación activará la aparición del Cuestionario Afectivo-Sexual (post participación en la *APP*) de manera automática para testar los conocimientos adquiridos. La Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo, al considerar que no pretende evaluar solo los conocimientos adquiridos sino también habilidades y actitudes, se volverá a administrar a los dos meses de la primera visita, en T2.

3.6.3. SERVICIO DE SOPORTE EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO:

En algunas personas, el hecho de contraer una ITS puede conllevar a desarrollar algunos problemas psicológicos como ansiedad, depresión, bajo nivel de autoestima, problemas en la toma de decisiones, a la hora de mantener relaciones sexuales... Por este motivo, a todos aquellos usuarios que se les realice el cribado de ITS, incluyendo tanto a los casos como contactos que estén pendientes del resultado, como a los que ya tengan el diagnóstico de ITS, se les ofrecerá un servicio voluntario de soporte psicológico para quienes lo necesiten.

Mediante este servicio se pretenderá abordar la parte más emocional del usuario para ayudarlos a hacer frente a los cambios que pueda suponer padecer algún tipo de ITS y facilitarles su adaptación sin renunciar a la calidad de vida.

El servicio será ofrecido por un profesional de psicología del Hospital Santa Maria (HSM) de Lleida un día a la semana, concretamente, cada miércoles. Se contactará con el profesional antes de la implementación del proyecto, en la fase de preparación del material y los recursos humanos. Además, en la *APP* se incluirá una sección de soporte emocional y psicológico para que los usuarios puedan expresar como se sienten, sus inquietudes y emociones. Estas serán valoradas y contestadas una vez a la semana por los profesionales de psicología.

Tabla 16: Relación objetivos-variables-actividades-cuestionarios

OBJETIVOS	VARIABLES	ACTIVIDADES	CUESTIONARIOS
GENERAL: Evaluar el impacto de la implementación de un circuito rápido para el abordaje de las ITS en el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en la Unidad “OPTITS exprés”, en comparación con el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio convencional mediante el cuestionario SERVPERF (<i>Service Performance</i>).	Nivel de satisfacción.	-Implementación circuito rápido para el abordaje de las ITS en la Unidad “OPTITS exprés”.	Cuestionario SERVPERF (<i>Service Performance</i>).
ESPECÍFICO: Analizar la efectividad del servicio ofrecido por la Unidad “OPTIT exprés” comparado con el servicio convencional, en concreto: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el número de casos detectados e instauración del tratamiento precoz en ambos servicios de entre las personas atendidas, así como los tiempos precisados para ello a partir del registro de la historia clínica y datos del laboratorio. 	-Diagnóstico de ITS del caso. -Tiempo de diagnóstico ITS caso. -Tratamiento de ITS del caso. -Tiempo de tratamiento ITS caso.	-Circuito rápido de cribado: diagnóstico precoz (GeneXpert). -Tratamiento inmediato y seguimiento.	Encuesta epidemiológica individualizada de las ITS. Informe de caso.
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer el número de contactos localizados y tratados en ambos servicios de entre las personas atendidas, así como los tiempos precisados para ello, a partir del registro de la historia clínica y datos del laboratorio. 	-Diagnóstico de ITS del contacto. -Tiempo diagnóstico ITS contacto. -Tratamiento de ITS del contacto. -Tiempo de tratamiento ITS del contacto.	-Estudio de contactos y su seguimiento. -Tratamiento inmediato y seguimiento.	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de autoestima y ansiedad de las personas atendidas (casos y contactos) tanto el primer día de atención en el servicio, el día de la entrega de resultados, como a los 2 meses de acudir al servicio. 	-Nivel de ansiedad. -Nivel de autoestima.	-Soporte emocional y psicológico especializado de forma presencial en las consultas externas (1 vez a la semana) y virtual APP: Sección información y soporte emocional.	Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) -Escala de Autoestima de Rosenberg.

Tabla 16: Relación objetivos-variables-actividades-cuestionarios

OBJETIVOS	VARIABLES	ACTIVIDADES	CUESTIONARIOS
ESPECÍFICO:			
Evaluar la eficacia de la APP “OPTITS exprés”:			
<ul style="list-style-type: none"> - Tras la participación en el proyecto, el 85% de los usuarios que hayan visitado al menos 3 de las 4 pantallas de la APP “OPTITS exprés” sobre habilidades, actitudes y conocimientos relacionados con la sexualidad y las ITS, responderá adecuadamente al 80% de las preguntas del cuestionario sobre los conocimientos e incrementará el uso consistente del preservativo como método único/doble método obteniendo una puntuación alta (25-35 puntos) en la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo, evaluado a los 2 meses de acudir al servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Nivel de conocimientos sobre sexualidad e ITS. -Uso del preservativo. 	Sección informativa APP: -Educación salud sexual y reproductiva: - “Descúbrete”. - “Tu cuerpo puede transmitir emociones, y más...” - “La prevención es la mejor manera de evitarlas”. Sección mitos y obstáculos.	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario Afectivo-Sexual. -Suebescala de Autoeficacia del uso del preservativo.

3.6.4.COMPARACIÓN SERVICIO UNIDAD “OPTITS EXPRÉS” - SERVICIO CONVENCIONAL

Tabla 17: Comparación servicio Unidad "OPTITS exprés" - Servicio convencional

	PROYECTO INTERVENCIÓN: UNIDAD “OPTITS EXPRÉS” (Centralización servicios → AGILIZAR LA ATENCIÓN)	SERVICIO CONVENCIONAL
1. PRIMERA VISITA Evaluación inicial (TO)	<ul style="list-style-type: none"> -Visita con enfermería y posible valoración por equipo multidisciplinar: -Valoración y toma de muestras. -Educación sanitaria básica. -Explicación acceso a la APP. -Soporte emocional y psicológico especializado (profesional de psicología y enfermero/a salud mental). -Se pasarán los cuestionarios de evaluación (autocumplimentación). 	<ul style="list-style-type: none"> -Visita con el médico de cabecera o la matrona. -Valoración y toma de muestras. -Educación sanitaria básica y soporte emocional (oral, folletos). -Si precisa derivación. -Se pasarán los cuestionarios de evaluación (autocumplimentación).
2. NOTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS Evaluación (T1)	<p>Notificación de los resultados en menos de 24horas (tecnología avanzada en el diagnóstico (GeneXpert) vía telefónica (SMS o llamada).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultado (-): ---- - Resultado (+): visita presencial coordinada con el equipo multidisciplinar (visitas encadenadas). <ul style="list-style-type: none"> - Notificación y declaración de los resultados a la Salud Pública. - Inicio del estudio de contactos y su seguimiento. - Inicio tratamiento (tto) inmediato y su seguimiento. - Soporte emocional y psicológico especializado. - Se pasarán los cuestionarios de evaluación (autocumplimentación). 	<p>Notificación de los resultados a los 7 días.</p> <p>Vía telefónica (SMS, llamada).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultado (-): ---- - Resultado (+): visita presencial. <ul style="list-style-type: none"> - Notificación y declaración de los resultados a la Salud Pública. - Inicio del estudio de contactos. - Inicio tto. - Posible derivación: médico de familia o dermatólogo. - Se pasarán los cuestionarios de evaluación (autocumplimentación).
3. SEGUIMIENTO (2 meses de la primera visita) Evaluación (T2)	<p>*Cita presencial con el usuario para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reforzar adherencia al tto terapéutico. -Corroborar el estudio de los contactos. -Ofrecer soporte emocional y psicológico especializado. -Pasar los cuestionarios de evaluación (autocumplimentación o eConsulta). <p>*En caso de no acudir: vía telefónica.</p>	<p>*Cita presencial con el usuario para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasar los cuestionarios de evaluación (autocumplimentación o eConsulta). <p>*En caso de no acudir: vía telefónica.</p>

3.6.5.EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación del proyecto de investigación se realizará mediante indicadores objetivos que medirán si los objetivos previamente planteados en el proyecto se han cumplido. Como ya se ha especificado anteriormente, al tratarse de un estudio observacional en el que se comparan dos grupos: un grupo basal (servicio convencional) y un grupo intervención (Unidad “OPTITS exprés”), midiéndose en ambos el nivel de satisfacción del usuario según la calidad del servicio percibida, el período de evaluación se realizará en tres tiempos: en la primera visita cuando el usuario que acuda al servicio acepte participar en el proyecto (T0), en el momento de la notificación de los resultados (T1) (en menos de 24h en la Unidad “OPTITS exprés” y a aproximadamente a los 7 días en el servicio convencional) y a los dos meses de la primera visita (T2). Se realizará la evaluación en ambos servicios, en la Unidad “OPTITS exprés” y en el servicio convencional y se compararán los resultados de las personas atendidas en cada uno de ellos para determinar así la eficacia del proyecto. Los resultados de los cuestionarios de la APP (Cuestionario Afectivo-Sexual y la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo) se compararán antes/después de su participación para poder evaluar así la efectividad de la misma.

Objetivo general:

1. Evaluar el impacto de la implementación de un circuito rápido para el abordaje de las ITS en el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en la Unidad “OPTITS exprés”, en comparación con el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio convencional mediante el cuestionario SERVPERF (*Service Performance*).

- ¿Qué queremos evaluar?

A los dos meses de la primera visita (T2), evaluaremos el promedio de satisfacción de los usuarios atendidos en la Unidad “OPTITS exprés” y lo compararemos con el promedio de satisfacción de los usuarios atendidos en el servicio convencional, según la calidad del servicio percibida en el cuestionario SERVPERF.

- Indicadores: Se compararán los siguientes promedios (\bar{X}):

- \bar{X} de satisfacción de los usuarios atendidos en la Unidad “OPTITS exprés”.
- \bar{X} de satisfacción de los usuarios atendidos en el servicio convencional.

Objetivos específicos:

1. Analizar la efectividad del servicio ofrecido por la Unidad “OPTITS exprés” comparado con el servicio convencional, en concreto:

1.1. Determinar el número de casos detectados e instauración del tratamiento precoz en ambos servicios de entre las personas atendidas, así como los tiempos precisados para ello a partir del registro de la historia clínica y datos del laboratorio.

- ¿Qué queremos evaluar?

Evaluaremos en ambos servicios el número de casos detectados con tratamiento prescrito, el número de contactos que confirman haber realizado el tratamiento, y el promedio de tiempo hasta el diagnóstico de ITS y el promedio de tiempo hasta la instauración de tratamiento en ambos servicios.

- Indicadores: Se compararán los siguientes indicadores:

$$- \frac{\text{nº de casos detectados con tratamiento prescrito en la Unidad "OPTITS exprés"}}{\text{nº total de usuarios atendidos en la Unidad "OPTITS exprés"}} \cdot 100$$

$$\frac{\text{nº de casos detectados con tratamiento prescrito en el servicio convencional}}{\text{nº total de usuarios atendidos en el servicio convencional}} \cdot 100$$

$$- \frac{\text{nº de contactos que confirman haber realizado el tratamiento en la Unidad "OPTITS exprés"}}{\text{nº de contactos a los que se les ha prescrito el tratamiento en la Unidad "OPTITS exprés"}} \cdot 100$$

$$\frac{\text{nº de contactos que confirman haber realizado el tratamiento en el servicio convencional}}{\text{nº de contactos a los que se les ha prescrito el tratamiento en el servicio convencional}} \cdot 100$$

- \bar{X} de tiempo hasta el diagnóstico de ITS de los casos atendidos en la Unidad “OPTITS exprés”

\bar{X} de tiempo hasta el diagnóstico de ITS de los casos atendidos en el servicio convencional.

- \bar{X} de tiempo de la instauración de tratamiento de ITS en los casos detectados en la Unidad “OPTITS exprés”

\bar{X} de tiempo de la instauración de tratamiento de ITS de los casos detectados en el servicio convencional.

1.2. Establecer el número de contactos localizados y tratados en ambos servicios de entre las personas atendidas, así como los tiempos precisados para ello, a partir del registro de la historia clínica y datos del laboratorio.

- ¿Qué queremos evaluar?

Evaluaremos en ambos servicios el número de contactos completos localizados con tratamiento prescrito, así como también el número de contactos que confirman haber realizado el tratamiento, y los promedios de tiempo precisado para la localización del contacto y para la instauración del tratamiento de ITS.

- Indicadores: Se compararán los siguientes indicadores:

$$\begin{aligned}
 & - \frac{\text{nº de contactos completos localizados con tratamiento prescrito en la Unidad "OPTITS exprés"}}{\text{nº total de casos diagnosticados en la Unidad "OPTITS exprés"}} \cdot 100 \\
 & \frac{\text{nº de contactos completos localizados con tratamiento prescrito en el servicio convencional}}{\text{nº total de casos diagnosticados en el servicio convencional}} \cdot 100 \\
 & - \frac{\text{nº de contactos que confirman haber realizado el tratamiento en la Unidad "OPTITS exprés"}}{\text{nº de contactos localizados a los que se les ha prescrito el tratamiento en la Unidad "OPTITS exprés"}} \cdot 100 \\
 & \frac{\text{nº de contactos que confirman haber realizado el tratamiento en el servicio convencional}}{\text{nº de contactos localizados a los que se les ha prescrito el tratamiento en el servicio convencional}} \cdot 100
 \end{aligned}$$

- \bar{X} de tiempo precisado para la localización del contacto en la Unidad "OPTITS exprés".

\bar{X} de tiempo precisado para la localización del contacto en el servicio convencional.

- \bar{X} de tiempo precisado para la instauración del tratamiento de ITS en el contacto localizado en la Unidad "OPTITS exprés".

\bar{X} de tiempo precisado para la instauración del tratamiento de ITS en el contacto localizado en el servicio convencional.

1.3. Identificar el nivel de autoestima y ansiedad de las personas atendidas (casos y contactos) tanto el primer día de atención en el servicio, el día de la entrega de resultados, como a los 2 meses de acudir al servicio.

- ¿Qué queremos evaluar?

Evaluaremos el promedio del nivel de autoestima de los casos y contactos atendidos en ambos servicios, el primer día de atención al servicio y a los 2 meses de acudir a este. También evaluaremos el promedio del nivel de ansiedad de los casos y contactos de ambos servicios el día inicial, el día del diagnóstico al entregar los resultados y a los 2 meses de acudir al servicio.

- Indicadores: Se compararán los siguientes promedios (\bar{X}):

- \bar{X} del nivel de autoestima en el momento inicial y a los 2 meses de acudir al servicio en las personas atendidas en la Unidad “OPTITS exprés”.

\bar{X} del nivel de autoestima en el momento inicial y a los 2 meses de acudir al servicio en las personas atendidas en el servicio convencional.

- \bar{X} del nivel de ansiedad el día inicial, el día del diagnóstico y a los 2 meses de acudir al servicio en las personas atendidas en la Unidad “OPTITS exprés”.

\bar{X} del nivel de ansiedad el día inicial, el día del diagnóstico y a los 2 meses de acudir al servicio en las personas atendidas en el servicio convencional.

2. Evaluar la eficacia de la APP “OPTITS exprés”:

Tras la participación en el proyecto, el 85% de los usuarios que hayan visitado al menos 3 de las 4 pantallas de la APP “OPTITS exprés” sobre habilidades, actitudes y conocimientos relacionados con la sexualidad y las ITS, responderá adecuadamente al 80% de las preguntas del cuestionario (32/40 preguntas) sobre los conocimientos e incrementará el uso consistente del preservativo como método único/doble método obteniendo una puntuación alta (25-35 puntos) en la Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo, evaluado a los 2 meses de acudir al servicio.

- ¿Qué queremos evaluar?

Evaluaremos la eficacia de la APP mediante los indicadores que se presentarán a continuación.

- Indicadores: Se compararán los siguientes indicadores. Estos indicadores solo se aplicarán en la Unidad “OPTITS exprés”, en la cual se ofrecerá la APP.

- Cuestionario Afectivo-Sexual:

$$\frac{\text{nº de usuarios que han acertado 32 de las 40 preguntas del cuestionario después de participar en la APP}}{\text{nº total de usuarios que utilizan la APP}} - \frac{\text{nº de usuarios que han acertado 32 de las 40 preguntas del cuestionario antes de participar en la APP}}{\text{nº total de usuarios que utilizan la APP}} \cdot 100$$

- Subescala de Autoeficacia uso preservativo:

$$\frac{\text{nº de usuarios que han obtenido una puntuación alta en Subescala de Autoeficacia después de participar en la APP}}{\text{nº total de usuarios que utilizan la APP}} - \frac{\text{nº de usuarios que han obtenido una puntuación alta en Subescala de Autoeficacia antes de participar en la APP}}{\text{nº total de usuarios que utilizan la APP}} \cdot 100$$

3.7.CRONOGRAMA

AÑO	2019			2020												2021												2022				
MES	O.	N.	D.	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	E.	F.	M.	A.	M.
Elaboración y redacción del proyecto																																
Evaluación del proyecto por parte del Comité de Ética																																
Sensibilización y diseño de la Unidad entre los distintos profesionales																																
Preparación de los recursos materiales y humanos																																
Presentación del proyecto final a los profesionales																																
Formación de los profesionales (sesión clínica)																																
Implementación y puesta en marcha de la Unidad																																
Actividad educación salud sexual (APP) + soporte emocional y psicológico																																
Evaluación del proyecto y recogida de datos																																
Análisis estadístico y extracción de conclusiones																																
Transferencia y difusión de los resultados a la sociedad																																

Tabla 18: Cronograma- Fuente: elaboración propia

3.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para llevar a cabo este proyecto es necesario tener en cuenta los derechos de todos aquellos usuarios que acepten participar en el estudio, así como también de los profesionales que participen en él. Es por este motivo que se tiene que respetar el consentimiento informado, la confidencialidad de datos y los principios bioéticos (Anexos 2).

A todos aquellos usuarios que acudan a la Unidad “OPTITS exprés” y al servicio convencional, se les informará verbalmente sobre la existencia del proyecto y de sus objetivos, en el caso que acepten participar, y siguiendo el Artículo 7 del Código Deontológico de Enfermería Española (89) se les pedirá que firmen el consentimiento informado conforme están de acuerdo. En todo momento se tendrá en cuenta el derecho de abandonar el proyecto si así lo desean y sin repercusión alguna.

Además, a nivel de términos legales, se deberá velar por la confidencialidad de datos. Toda la información del proyecto, así como también los datos personales de sus participantes (consentimiento de confidencialidad, consentimiento informado, hoja de recogida de datos, cuestionarios) se guardarán en un disco duro con clave de acceso y, los cuestionarios en papel utilizados para la recogida de datos se guardarán en un archivador cerrado bajo llave. El acceso a toda esta documentación será exclusivo de aquellos profesionales que estén implicados en el proyecto, quedando restringido a toda persona ajena a este. Solo tendrán acceso a los resultados obtenidos el personal de enfermería evaluador y el estadístico y, mediante el mismo disco duro, se entregarán a los responsables del proyecto de investigación. De esta manera, en todo momento se garantizará la confidencialidad de los participantes, así como también la calidad y la seguridad de los datos y resultados obtenidos, asegurando una recogida de datos de calidad.

También a cada uno de los participantes se le asignará un número de identificación (código personal) con el objetivo de preservar el anonimato y de proteger sus datos personales. Para ello, se asegurará la protección de datos de carácter personal según lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos (90). Toda aquella documentación que

incluya datos de carácter personal estará codificada con este número de identificación, quedando así vinculada. El registro y el acceso a la APP también se realizarán mediante este código personal.

Por último, decir que el proyecto de intervención será evaluado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) y modificado en caso de que sea necesario, con el fin de asegurar el cumplimiento de cada uno de los principios bioéticos y garantizar la humanización de la asistencia sanitaria, tal y como marca el Código Deontológico de Enfermería (89):

1. Justicia: todos los participantes del proyecto serán tratados en las mismas condiciones de igualdad y respeto, sin ningún tipo de discriminación de raza, etnia, edad, sexo, nivel económico o escolaridad. Así como también, tendrán igualdad de acceso a los recursos del proyecto. Los profesionales de salud que formen parte de los servicios también serán tratados con igual consideración y respeto. Además, harán un uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando sea necesario (91).
2. No-maleficencia: una obligación primordial del proyecto es evitar causar cualquier tipo de daño, ya sea físico, psicológico o social, a los participantes y a los profesionales sanitarios que formen parte de este proyecto de investigación (91).
3. Autonomía: Teniendo en cuenta la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre (92), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, se respetará en todo momento la libertad de cada participante a elegir o no su participación en el proyecto y en cada uno de los servicios ofrecidos. Asimismo, cada participante será informado, tanto de forma oral como escrita, de las bases del proyecto y este dará su consentimiento verbal y escrito, preservando en todo momento su intimidad. Aquellos que hayan decidido participar en el proyecto y durante el curso de este deseen abandonarlo, tendrán todo el derecho de hacerlo y su decisión será totalmente respetada (91).
4. Beneficencia: cada una de las actividades llevadas a cabo durante el proyecto pretende conseguir el máximo beneficio en relación a la salud y prevención de enfermedades, tanto de los participantes como de los profesionales sanitarios implicados. El personal sanitario intentará comprender al participante. Además se pretenderá minimizar los posibles riesgos que puedan surgir (91).

4. CONCLUSIONES, REFLEXIÓN DE APRENDIZAJE

Como se ha podido observar a lo largo de este trabajo, las ITS son un problema de salud pública global debido a su elevada incidencia y morbilidad (1,2). Desde hace años, la prevención de la transmisión de la infección por vía sexual se ha basado exclusivamente en la promoción del uso del preservativo y en la modificación de las conductas sexuales. Los resultados de los estudios existentes sobre estas intervenciones tradicionales son discrepantes y los datos epidemiológicos de estas infecciones siguen siendo alarmantes (4).

Según la OMS, el método más eficaz para prevenir la adquisición y transmisión de las ITS es mediante la prevención combinada de estrategias conductuales, biomédicas y estructurales, con los métodos de prevención primaria, dirigidas a aquellas personas más vulnerables (5). Además, según *Espasa et al.* (4) otra de las mejores formas de abordarlas es obteniendo un diagnóstico etiológico precoz mediante las técnicas de microbiología más adecuadas. Pero según la OMS, a nivel mundial el cribado asintomático se utiliza muy poco debido a la escasez de las pruebas asequibles para detectar las ITS en los lugares de atención, suponiendo un gran obstáculo para la promoción del control y la prevención de las ITS (5).

Es por estos motivos que se decide implementar el presente proyecto. No solo por la necesidad poblacional a nivel epidemiológico, sino también por su validez, por la viabilidad y la efectividad que han tenido este tipo de intervenciones en los proyectos existentes y, por su factibilidad y eficacia, al disponer de los recursos materiales (incorporación de tecnología avanzada en el diagnóstico: GeneXpert), humanos (equipo multidisciplinar) y económicos necesarios para llevarlo a cabo.

Además, son varias las ventajas de su implementación: ofrecerá la oportunidad de centralizar la atención al usuario en una misma unidad con un equipo multidisciplinar; se asegurará la atención a la demanda espontánea sin limitar el acceso a la población, al atender a todos aquellos usuarios que acudan al servicio demandando realizarse un cribado de ITS espontáneamente, así como también ofreciendo el servicio a los contactos, sin necesidad de pedir cita previa; y contará con tecnología avanzada en el diagnóstico rápido, permitiendo así agilizar la atención al usuario e influir en su nivel de satisfacción. Aparte de promover el tratamiento precoz y, a la vez, cortar la cadena de transmisión y prevenir la reinfección del paciente, favoreciendo su pronóstico y pudiendo contribuir en la disminución de la incidencia

de las ITS. También, los resultados de la *APP* permitirán evaluar su eficacia en las habilidades, actitudes y conocimientos relacionados con la sexualidad.

Otro aspecto a remarcar es el papel fundamental de enfermería, con sus diferentes especialidades, en este proyecto. Funciones como la planificación, gestión y coordinación del proyecto, la promoción de la salud y la prevención, vigilancia y control de las ITS son algunas de las competencias necesarias para afrontar la magnitud del presente problema y será el profesional de enfermería del ámbito de la Salud Pública el que se encargará de abordarlas. Además, no se debe olvidar la figura que representan en esta intervención el/la enfermero/a en salud mental y la matrona, como especialidades de enfermería. Estos profesionales, en colaboración y coordinación con el resto de componentes del equipo multidisciplinar, permitirán asegurar un abordaje integral y de calidad del usuario con ITS, agilizando su atención en el cribaje de estas infecciones y a la vez mejorando su nivel de satisfacción, por lo que los ayudaremos a hacer frente a los cambios que puedan suponer padecer algún tipo de ITS y se les facilitará así su adaptación sin renunciar a la calidad de vida.

Los resultados de este proyecto de investigación, al basarse en los proyectos existentes y en las últimas actualizaciones, pueden ser interesantes y permitir implantar espacios de atención sanitaria más eficientes, así como también abrir nuevas líneas de investigación en iniciativas similares por parte de la Salud Pública para disminuir la incidencia de las ITS.

Después de la realización de este proyecto, me he dado cuenta de la magnitud del problema y de la necesidad de actuar. En mi opinión, la percepción de invulnerabilidad, la infravaloración de los riesgos para su salud y la falta de conocimientos son tres grandes obstáculos a los que nos enfrentamos a día de hoy y que impiden el uso correcto de las medidas de prevención por parte de la población. Es por estos hechos y por la necesidad poblacional a nivel epidemiológico, que nos vemos obligados a actuar e idear estrategias/proyectos como el presente.

Durante la realización del proyecto, me he encontrado con algunas dificultades a la hora de elegir la tipología del estudio y de concretar los objetivos y sus variables, ya que la idea principal era realizar un trabajo innovador, pero tras la búsqueda bibliográfica realizada pienso que el resultado final se ha adaptado a las expectativas.

Al reevaluar la efectividad de las estrategias tradicionales e indagar en los proyectos existentes, considero de vital importancia la implementación de este proyecto de intervención ya que podría suponer un gran avance en la atención a las personas que se encuentran ante una situación de posible Infección de Transmisión Sexual (ITS).

5. PROPUESTAS DE MEJORA

LIMITACIONES DEL PROYECTO

Debido a la propia naturaleza del proyecto de investigación, durante la creación y realización del mismo pueden aparecer algunas limitaciones que comprometan su validez, pudiendo influir en el análisis y la extrapolación de los resultados al resto de la población. Es por este motivo que es necesario tenerlas en cuenta a lo largo de todo el proyecto, para poderlas detectar y prevenir.

En primer lugar, al tratarse de un estudio observacional longitudinal, por la tipología del estudio, se dificulta su futura reproducción por parte de otros investigadores. Además, requiere una cantidad de recursos suficientes, tanto materiales como humanos y económicos, para mantenerlos a lo largo del tiempo, suponiendo un elevado coste económico. Algunos ejemplos son las pruebas de PCR, de las cuales su coste y disponibilidad se podrá ver influenciado por la situación de alarma actual ocasionada por el COVID-19, la APP “OPTITS exprés”, los profesionales implicados, las visitas telefónicas, el material fungible (cuestionarios), etc.

En segundo lugar, por las condiciones del propio proyecto en las que se verá implicado todo un equipo multidisciplinar, se podrán encontrar dificultades en la selección de profesionales sanitarios altamente motivados que lleven a cabo el servicio.

Por último, debido a la situación de alarma en que nos encontramos actualmente y a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, se podrían ver influenciadas las fechas de implementación de la unidad, por lo que se deberá contemplar la opción de aplazarlas.

PROPUESTAS DE MEJORA

Una vez evaluada la APP, si tiene resultados positivos se podrá extrapolar a otros grupos de población, como por ejemplo al programa de *Tarda Jove* del servicio ASSIR. Además, si los resultados son concluyentes se planteará la posibilidad de que este proyecto tenga una continuidad en el tiempo y pueda llegar a sustituir la atención ordinaria, así como también se contemplará la opción de implantarlo en otras comunidades autónomas, aunque para ello se requerirá una mayor difusión e inversión por parte de la salud pública.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(2):117–26.
2. López de Munain J. Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2019;37(1):45–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.10.015>
3. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malaltia de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019; Available from: <http://www.ceeiscat.cat/documents/anual ITS.pdf>
4. Espasa M, Pujol F, Whitlock GG. MESA II . Infecciones de transmisión sexual (ITS), drogas y sexo: combinaciones emergentes. *Rev Enfer Emerg*. 2016;15(3):109–30.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021: Hacia el fin de las ITS. 2016;69.
6. Ministerio de Sanidad SS e I. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Prórroga 2017-2020. 2018; Available from: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf
7. Whitlock GG, Gibbons DC, Longford N, Harvey MJ, McOwan A, Adams EJ. Rapid testing and treatment for sexually transmitted infections improve patient care and yield public health benefits. *Int J STD AIDS*. 2018;29(5):474–82.
8. Cruz Palacios C, Ramos U, Gonzales A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS [Internet]. 2011. 69 p. Available from: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Guia-FEB13CS4.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2019

- [cited 2019 Nov 18]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
10. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev española Sanid Penit.* 2011;13(2):58–66.
 11. Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit.* 2011;25(4):263–6.
 12. Rodríguez Vicente JM, Borrel Martínez JM, Díaz Franco A, Herrera Puente Á, Sánchez Bursón L, Sanmartín Sánchez E. Guía de buena práctica clínica en infecciones de transmisión sexual [Internet]. Organización Médica Colegial de España. 2011. 1-100 p. Available from: https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_infecciones_transmision_sexual.pdf
 13. McCormack D, Koons K. Sexually Transmitted Infections. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2019;37(4):725–38. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.07.009>
 14. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Integr la atención las ITS/ITR en salud Reprod [Internet]. 2005;20. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf
 15. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya. General Catalunya Departament Salut. 2018;3:1–371.
 16. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Vol. 64, *MMWR Recommendations and Reports*. 2015. 1-138 p.
 17. Ballesteros Martín Centro Sanitario Sandoval Comunidad de Madrid J. Enfermedades de transmisión sexual: actualización de su abordaje. *Inf Ter Sist Nac Salud* [Internet]. 2007;31(2):39–54. Available from: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31_2EnfTransmisionSexActualizacionAbordaje.pdf

18. GESIDA. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en adultos , niños y adolescentes. 2017;105:21.
19. Otero-Guerra L, Fernández-Blázquez A, Vazquez F. Diagnóstico rápido de las infecciones de transmisión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(7):444–50.
20. Aguirrebengoa K, Ramón Arribas J, Berenguer J, Ramón Blanco J. Documento de consenso de GESIDA/ Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;29(3).
21. Cardona G, Jm L, Andreu A. Profilaxis antirretroviral post-exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *CatSalut Serv Català la Salut*. 2015;26(3):19–26.
22. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2017 [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. 2019. Available from: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2017_def.pdf
23. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España, 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. [Internet]. Plan Nacional sobre el Sida. D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología- ISCIII. Madrid. 2019. 9 p. Available from: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf
24. González V, Vives N, Casabona J. Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Informe anual 2017. 2016; Available from: http://www.ceeiscat.cat/documents/anual_ITS.pdf
25. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a

- Catalunya. Informe anual 2018. CEEISCAT [Internet]. 2019;1–18. Available from: www.ceeiscat.cat
26. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Informe anual 2017. Agència Salut Pública Catalunya. 2018;5–20.
 27. Rojas-Murcia C, Pastor Y, Esteban-Hernández J. Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Rev Iberoam Psicol y Salud* [Internet]. 2015;6(1):28–38. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70004-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70004-9)
 28. Lameiras Fernández M, Rodríguez Castro Y, Dafonte Pérez S. Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en Universitarios/as Españoles/as. *Psicothema*. 2002;14(2):255–61.
 29. Villegas N, Cianelli R, Lara L, Santisteban D, Vargas J. Factores que influncian la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en mujeres jóvenes chilenas que participaron en la intervención online I-STIPI. *Hisp Heal Care Int*. 2016;14(1):47–56.
 30. Belda J, Colomo C, Diaz A, Diez M, Ezpeleta G. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2011;
 31. Reyes AE. Infecciones de Transmisión Sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*. 2016;14(2):63–71.
 32. Palacios CC, Alamillo UR, Rodríguez AG. Practical guide of syndromic treatment of sexually transmitted infections: A proposal of treatment. Consensus guide. *Dermatologia Rev Mex*. 2014;58(1):18–32.
 33. Oyarzún Gomberoff P. Importancia de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Medwave*. 2007 Mar 1;7(2).
 34. Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit*. 2011;25(4):263–6.
 35. López de Munain J. Epidemiología y control actual de las infecciones de transmisión

- sexual. Papel de las unidades de ITS. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2019;37(1):45–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.10.015>
36. Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. ¿Debemos hacer cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes? *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(2):114–6.
 37. Blanco JL, Blanco JR, Camino X, Curran A. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Gesida- Grup Estud del Sida-SEIMC. 2017;
 38. Antela A, Azcoaga A, Sampedro E, Poveda T. Prevención primaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36(1):31–4.
 39. Plan Nacional Sobre el Sida-Grupo de Expertos PrEP, Ministerio de Sanidad SS e I. Profilaxis Preexposición al VIH en España [Internet]. 2018. Available from: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFIL_AXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf
 40. Lee KC, Ngo-Metzger Q, Wolff T, Chowdhury J, Lefevre ML, Meyers DS. Sexually transmitted infections: Recommendations from the U.S. preventive services task force. *Am Fam Physician*. 2016;94(11):907–15.
 41. Meyers D, Wolff T, Gregory K, Marion L, Moyer V, Nelson H, et al. USPSTF recommendations for STI screening. *Am Fam Physician*. 2008;77(6):819–24.
 42. Atenció Primària-ASSIR, Unitats clíniques referents d'ITS. Pla funcional d'ITS, protocol clínic. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emerències de Salut Pública. ASPCAT, editor. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.; 2018.
 43. Rodríguez Begoña, Castillo Olivia, Barreales Saúl, Recio Carmen, Fernández Daniel, García Marta et al. Guía de actuación farmacéutica en la dispensación de productos sanitarios para autodiagnóstico del VIH. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual y Cons Gen Colegios Of Farm [Internet]. 2017; Available from: <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/diagno>

44. LeFevre ML. Behavioral counseling interventions to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;161(12):894–901.
45. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014;161(12):874–83.
46. Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Sánchez-Ventura GJ, García Aguado J, Martínez Rubio A, et al. Recomendaciones sobre el consejo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, realizado en la consulta de atención primaria pediátrica. *Pediatr Aten Primaria.* 2014;16(63):237–45.
47. Manlove J, Fish H, Moore KA. Programs to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence. *Adolesc Health Med Ther.* 2015;6:47–79.
48. Mason-Jones, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C, et al. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):1–93.
49. Macaya Pascual A, Ferreres Riera JR, Campoy Sánchez A. Behavioral interventions for preventing Sexually Transmitted Infections and unintended pregnancies: An overview of systematic reviews. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2016;107(4):301–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2016.02.021>
50. Sani AS, Abraham C, Denford S, Ball S. School-based sexual health education interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1–26.
51. Sneider E Von, Quijano L, Paredes C, Obando E. Estrategias educativas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Rev Médica Sanitas.* 2016;19(4):198–207.

52. Algur E, Friedman HS, Wang E, Deperthes B. A Systematic Global Review of Condom Availability Programs in High Schools. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2019;64(3):292–304. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.013>
53. Saez M, Barceló MA. MESA I. Innovaciones en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). *Rev Enfer Emerg*. 2017;16(2):86–114.
54. BCN Checkpoint | BCN checkpoint [Internet]. [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://www.bcncheckpoint.com/bcn-checkpoint/>
55. Whitlock GG. Los modelos de Unidades de ITS en Londres. Chemsex y PrEP. *Rev Enfer Emerg*. 2016;15(3):109–30.
56. Vall d'Hebron-Barcelona Campus Hospitalari. Programa Drassanes Exprés | Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus [Internet]. [cited 2020 Jan 31]. Available from: <https://www.vallhebron.com/es/el-campus/proyectos-estrategicos/programa-drassanes-expres>
57. Institut Català de la Salut. Drassanes Exprés facilita que, en menys de tres hores, una persona sàpiga si té una infecció de transmissió sexual . Institut Català de la Salut [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 31]. Available from: http://ics.gencat.cat/ca/detall/noticia/AP_BCNIUTAT_Drassanes_Expres
58. Generalitat de catalunya. Departament de Salut. EL procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC). 2019;1:1–80. Available from: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/comissions-tecniques/assir-enapisc.pdf
59. Catalunya G de. Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR). Salut Integral Barcelona [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <http://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/ambits/atencio-a-la-salut-sexual-i-reproductiva-assir/>

60. Institut Català de la Salut. L'atenció primària de l'ICS a Lleida amplia l'assistència en salut sexual i reproductiva per a adolescents i joves. CAP Cappont [Internet]. [cited 2020 Feb 1]. Available from: <https://cappontics.wordpress.com/2018/01/17/latencio-primaria-de-lics-a-lleida-amplia-lassistencia-en-salut-sexual-i-reproductiva-per-a-adolescents-i-joves/>
61. Lleida AA de. Antisida Lleida [Internet]. [cited 2020 Feb 1]. Available from: <https://www.antisidalleida.org/ca/web/associacio/projectes>
62. Ajuntament de Lleida. Salut jove — Paeria - Joventut [Internet]. [cited 2020 Feb 1]. Available from: <https://lleidajove.paeria.cat/salut/salut-jove>
63. Alonso-Arévalo J, Mirón-Canelo JA. Aplicaciones móviles en salud: potencial, normativa de seguridad y regulación. *Rev Cuba Inf en Ciencias la Salud*. 2017;28(3):1–16.
64. Aguilar-Martínez A, Tort E, Medina FX, Saigí-Rubió F. Posibilidades de las aplicaciones móviles para el abordaje de la obesidad según los profesionales. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(6):419–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.014>
65. Ramos Rodríguez JM. m-Health en Enfermería de Práctica Avanzada. 2017; Available from: <http://hdl.handle.net/10498/19362>
66. Burns K, Keating P, Free C. A systematic review of randomised control trials of sexual health interventions delivered by mobile technologies. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1–13.
67. Bailey J, Mann S, Wayal S, Abraham C, Murray E. Digital media interventions for sexual health promotion-opportunities and challenges: A great way to reach people, particularly those at increased risk of sexual ill health. *BMJ*. 2015;350:2–3.
68. Nguyen LH, Tran BX, Rocha LEC, Nguyen HLT, Yang C, Latkin CA, et al. A Systematic Review of eHealth interventions addressing HIV/STI prevention among men who have sex with men. *AIDS Behav* [Internet]. 2019;23(9):2253–72. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02626-1>
69. CatSalut. La veu de la ciutadania. Com la percepció de la ciutadania es vincula a la

millorça dels serveis sanitaris i el sistema de salut de Catalunya. General Catalunya Dep Salut. 2014;98.

70. CatSalut.Servei Català de Salut. Resultats globals 2018. Atenció primària: medicina i infermeria familiar i comunitària [Internet]. 2018 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-primaria/2018/>
71. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(1):36–49.
72. Amiel Pérez J. Las variables en el método científico. *Rev la Soc Química del Perú*. 2007;73(3):171–7.
73. Carballo Barcos M, Guelmes Valdés EL. Algunas consideraciones acerca de las variables en las investigaciones que se desarrollan en educación. *Rev Univ y Soc*. 2016;8(1):140–50.
74. Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2005;20(1):35–42. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74716-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74716-X)
75. Gómez-Besteiro MI, Somoza-Digón J, Einöder-Moreno M, Jiménez-Fraga MN, Castiñeira-Pereira S, Feijoo-Fuentes ML. Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Enferm Clin*. 2012;22(4):182–90.
76. Vázquez-Cruz E, Sotomayor-Tapia J, González-López A, Montiel-Jarquín A, Gutiérrez-Gabriel I, Romero-Figueroa MS, et al. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. *Rev Salud Pública*. 2018;20(2):254–7.
77. Agència de Salut Pública de Catalunya. Manual de notificació per als declarants al sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria (MDO) [Internet]. Barcelona: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; 2016. 18 p. Available from:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/documents/arxiu/MANUAL_MDO_2016.pdf

78. Pozo Tamayo A. Análisis de los conocimientos e intervención en educación para la salud en estudiantes de un Centro Penitenciario Español [Tesis doctoral]. [Badajoz]: Universidad de Extremadura, Facultad de Educación; 2016.
79. Pozo Tamayo A, Cubero J, Ruiz C. Elaboración de cuestionarios para la detección de conocimientos previos en Educación para la Salud, Sexualidad y Nutrición de un grupo de estudiantes de secundaria de un Centro Penitenciario. *Campo Abierto*. 2014;33(2):43–64.
80. Ballester R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C. Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *An Psicol*. 2013;29(1):76–82.
81. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sierra-Baigrie S, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Propiedades Psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en Universitarios. *Behav Psychol Psicol Conduct*. 2012;20(3):547–61.
82. Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. STAI:Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española. 9ª edición. TEA Ediciones. Madrid; 2015.
83. Vázquez Morejón A, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez-Morejón Jiménez R. Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247–55.
84. Generalitat de Catalunya. Pla de salut afectiva i sexual (PSAS) Promoció i prevenció en la infància i l'adolescència, amb especial èmfasi a la població vulnerable. 1a edició. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut, editor. Barcelona; 2014. 1-169 p.
85. Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual (GPC-ITS). 1a edició. Salut D de, editor. Barcelona; 2009. 226 p.
86. Barberà M, Calmet M, Becerra J, Costa F, González M, Guirado A, et al. Manual pràctic per a les persones que informen sobre les infeccions de transmissió sexual. [Internet].

- 1a edició. Barcelona: Pública., Departament de Salut. Direcció General de Salut; 2010. 1-106 p. Available from: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/infeccions-de-transmissio-sexual/infeccions-de-transmissio-sexual/recursos-per-a-professionals/guies-i-protocols/>
87. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud [Internet]. Recomendaciones que integran la estrategia. 2012 [cited 2020 Apr 6]. Available from: <https://www.wakeapphealth.com/>
88. McKenzie J, Neiger B, Thackeray R. Planificació, implementació i avaluació de programes de promoció de salut [Internet]. Girona: Documenta Universitària; Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2011 [cited 2020 Mar 28]. 512 p. Available from: <https://edu-library.com/epub-viewer/?idp=L0NxTnIJNVMOZTDdb3lpZyt3QVM5MWwvb0VyVHQzQ1pKV2VCa3l6SmVENDO=&mode=view>
89. CODEM; Colegio Oficial de Enfermería de Madrid: Código deontológico de Enfermería Española [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 28]. Available from: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
90. Boletín oficial del estado. Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales i garantía de los derechos digitales. BOE. 2018;294:1–68.
91. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol. 2015;28(2):228–33.
92. Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Of del Estado [Internet]. 2002;274:1–14. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
93. De Lorenzo y Montero R, Escudero González M, Palacios P. Guía básica para el cumplimiento de la Ley Orgánica de protección de datos en el sector sanitario. 2007;

7.ANEXOS

ANEXO 1: COMPROMISO CONFIDENCIALIDAD DE DATOS PARA LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD “OPTITS EXPRÉS”

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS⁽⁹³⁾

Apellidos.....

Nombre.....D.N.I.....

Relación profesional con la Unidad “OPTITS exprés”

Yocomo miembro profesional de la Unidad “OPTITS exprés” me comprometo a guardar absoluta confidencialidad sobre todos los datos e información de carácter personal que conozca o a los que tenga acceso como consecuencia directa de la relación profesional mantenida con la unidad, independientemente de la forma de acceso a tales datos o información, incluidos aquellos datos transmitidos oralmente.

La confidencialidad incluye cualquier soporte de información, por lo que quedará totalmente prohibido obtener copias sin previa autorización en cualquier soporte de la documentación de carácter personal de los usuarios de la unidad.

El acceso y la utilización de los datos de carácter personal se realizará en todo momento a efectos de las propias competencias profesionales y del proyecto de intervención existente, cumpliendo siempre los principios generales estipulados en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El presente compromiso de confidencialidad de datos subsistirá aún después de que finalice mi relación profesional con dicha unidad. Además, este puede ser exigido por procedimientos legales y su violación dará lugar a las responsabilidades pertinentes de todo orden establecidas por la ley.

En (Ciudad)..... , de del 2021

Firma

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS

Número de identificación

Apellidos..... Nombre.....

El propósito de este documento es proporcionar a los participantes de este proyecto una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes.

Yo, con DNI declaro que me han solicitado participar en el presente proyecto de investigación Antes de firmar este consentimiento he estado informado/a por..... de las características del proyecto, así como también de sus objetivos y de la metodología con la cual se llevará a cabo.

Dadas las características del estudio no existen factores perjudiciales que puedan derivarse del mismo, y al presentar mi colaboración libre y voluntaria, en todo momento se tendrá en cuenta el derecho de abandonar el proyecto si así lo deseo, sin repercusión alguna.

Los cuestionarios realizados, solo se utilizarán para la evaluación de la eficacia de la intervención. Los datos personales y resultados son confidenciales y utilizados solamente a efectos del proyecto. Es por este motivo que, tal y como se defiende en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se mantendrá en todo momento la confidencialidad de datos.

El acceso a los datos personales será restringido, pudiendo solo acceder a ellos los profesionales implicados en el proyecto.

Una vez informado/da y después de haber respondido a mis dudas, consiento participar en el proyecto de investigación. He recibido una copia del impreso y he tenido la oportunidad de leerlo.

(Ciudad)..... , de del 2021

Firma del informante

Firma del participante

ANEXO 3: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

TIPO DE SERVICIO:	UNIDAD "OPTITS EXPRES"	SERVICIO CONVENCIONAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Ficha identificativa:

Código de identificación:

Fecha:/...../.....

2. Datos del paciente:

Edad

Sexo

Nacionalidad Española..... Extranjera.....

Orientación sexual Hombres..... Mujeres Ambos.....

Nº de parejas sexuales en los últimos 6 meses

Fecha de la última relación sexual / /

Práctica sexual en la última relación	Anal	<input type="checkbox"/>
	Vaginal	<input type="checkbox"/>
	Oral	<input type="checkbox"/>

3. Criterios de inclusión y de exclusión:

CRITERIOS PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO		SI	NO
Población diana	Usuario asintomático		
	Usuario sintomático		
	Acude por cuenta propia, espontáneamente		
	Derivado desde otros centros		
	Remitido como contacto sexual		
Criterio de inclusión	Acepta y firma consentimiento informado		
Criterios de exclusión	Menor de edad		
	Usuario con barrera idiomática		

4. Variables dependientes:

Se realizarán tres evaluaciones: durante la primera visita (T0), durante la notificación de los resultados (T1) (en menos de 24h en la Unidad “OPTITS exprés” y a los 7 días en el servicio convencional) y a los dos meses de la primera visita al servicio (T2).

(Marca con una cruz (X))

PRIMERA VISITA EVALUACIÓN INICIAL	NOTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS. EVALUACIÓN INTERMEDIA	SEGUIMIENTO A LOS 2 MESES EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO
T0 <input type="checkbox"/>	T1 <input type="checkbox"/>	T2 <input type="checkbox"/>

- Nivel de satisfacción del usuario:

Puntuación cuestionario SERVPERF:

$$\text{SERVPERF} = \sum P_j \rightarrow \text{SERVPERF} = \dots$$

- Diagnóstico de ITS/ Tiempo de diagnóstico de ITS casos.

Tratamiento de ITS/Tiempo de tratamiento de ITS casos.

Encuesta epidemiológica individualizada de las Infecciones de Transmisión sexual. Informe del caso	Diagnóstico de ITS		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Tiempo de diagnóstico de ITS	Fecha toma de muestras/..../....	<input type="checkbox"/>
		Fecha diagnóstico ITS/..../....	
	Tratamiento precoz		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Informe del caso	Tiempo de tratamiento ITS	Fecha diagnóstico ITS/..../....	<input type="checkbox"/>
		Fecha inicio tratamiento/..../....	

- Diagnóstico de ITS/ Tiempo de diagnóstico de ITS contactos.

Tratamiento de ITS/Tiempo de tratamiento de ITS contactos.

Encuesta epidemiológica individualizada de las Infecciones de Transmisión sexual. Informe del caso	Estudio de contactos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Diagnóstico de ITS del contacto		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Tiempo de diagnóstico de ITS del contacto	Fecha toma de muestras/..../....	<input type="checkbox"/>
		Fecha diagnóstico ITS del contacto/..../....	
Informe del caso	Tratamiento precoz del contacto		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Tiempo tratamiento ITS del contacto	Fecha diagnóstico ITS/..../....	<input type="checkbox"/>
		Fecha inicio tratamiento/..../....	
	Seguimiento del contacto		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- **Nivel de conocimientos sobre sexualidad e ITS:**

Cuestionario Educación Afectivo-Sexual

Nº de preguntas correctas:/ 40

Actualmente, no se dispone de la interpretación del cuestionario, se contactará con su autor en el momento en que se lleve a cabo el proyecto.

- **Uso del preservativo:**

Subescala de Autoeficacia del uso del preservativo

Puntuación obtenida	De 0 a 12 puntos	De 13 a 24 puntos	De 25 a 35 puntos
Nivel de autoeficacia	Autoeficacia baja	Autoeficacia media	Autoeficacia alta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- **Nivel de ansiedad:**

Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)

Puntuación obtenida	Ansiedad Rasgo			Ansiedad Estado		
	< 29 puntos	Entre 29 y 41 puntos	> 41 puntos	< 24 puntos	Entre 24 y 38 puntos	> 38 puntos
Nivel de ansiedad	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- **Nivel de autoestima:**

Escala de Autoestima de Rosenberg

Puntuación obtenida	< 25 puntos	De 26 a 29 puntos	De 30 a 40 puntos
Nivel de autoestima	Autoestima baja: Existen problemas significativos de autoestima.	Autoestima media: No presenta problemas graves, pero es conveniente mejorarla.	Autoestima elevada: Considerada como autoestima normal.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO 4: CUESTIONARIO SERVPERF (*Service Performance*)

Por favor valore las siguientes características de la atención recibida en su centro de salud.
 Marque con una X.....(1=peor valoración7=mejor valoración)

P1. - Preparación de los médicos para atender a los problemas de salud de los pacientes (conocimientos, habilidades y experiencia).	1	2	3	4	5	6	7
P2. - Confianza transmitida por los médicos.	1	2	3	4	5	6	7
P3. - Realización del servicio correctamente a la primera por parte del médico.	1	2	3	4	5	6	7
P4. - Claridad con que el médico informa al paciente.	1	2	3	4	5	6	7
P5. - Seguimiento individualizado por el médico de cada paciente.	1	2	3	4	5	6	7
P6. - Amabilidad de los médicos.	1	2	3	4	5	6	7
P7. - Interés demostrado por los médicos para solucionar el problema de salud de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
P8. - Disposición de los médicos para prestar el servicio de inmediato.	1	2	3	4	5	6	7
P9. - Amabilidad del personal de enfermería.	1	2	3	4	5	6	7
P10. - Amabilidad del personal no sanitario (información, administración, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
P11. - Preparación del personal de enfermería.	1	2	3	4	5	6	7
P12. - Preparación del personal no sanitario (administrativos).	1	2	3	4	5	6	7
P13. - Coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada).	1	2	3	4	5	6	7
P14. - Tiempo dedicado por el personal sanitario.	1	2	3	4	5	6	7
P15. - Apariencia del equipo médico.	1	2	3	4	5	6	7
P16. - Aspecto de las instalaciones.	1	2	3	4	5	6	7
P17. - Aspecto físico del personal.	1	2	3	4	5	6	7
P18. - Facilidad de trámites y papeles.	1	2	3	4	5	6	7
P19. - Facilidad de acceso al servicio (horarios, cercanía del centro, aparcamientos, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
P20. - Tiempo transcurrido para dar una cita.	1	2	3	4	5	6	7
P21. - Tiempo transcurrido para realizar pruebas complementarias (análisis, radiografías, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
P22. - Tiempo transcurrido para ser intervenido quirúrgicamente.	1	2	3	4	5	6	7

Figura 1 Cuestionario SERVPERF adaptado (22 ítems).

ANEXO 5: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (STAI)

INSTRUCCIONES

Primera Parte

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

Segunda Parte

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

Primera Parte

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

Segunda Parte

	C Casi nunca	Al Algo	A A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
10. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidar- los durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO/ESTADO (STAI)- Continuación.

Interpretación puntuación obtenida:

HOJA DE CALIFICACIÓN (IDAREN, versión cubana)

Calificación en Ansiedad-Rasgo:	Calificación en Ansiedad-Estado
<p>Suma total de los ítems = Puntuación directa.</p> <p><i>Niveles Ansiedad-Rasgo:</i></p> <p>Bajo: Por debajo de 29 puntos.</p> <p>Medio: Entre 29 y 41 puntos.</p> <p>Alto: Por encima de 41 puntos.</p>	<p>Ítems (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X)</p> <p>Ítems (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y)</p> <p>Fórmula: $(X - Y) + 40 = \text{Puntuación}$.</p> <p><i>Niveles de Ansiedad-Estado:</i></p> <p>Bajo: Por debajo de 24 puntos.</p> <p>Medio: Entre 24 y 38 puntos.</p> <p>Alto: Por encima de 38 puntos.</p>

ANEXO 6: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Interpretación puntuación obtenida:

- **De 30 a 40:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- **De 26 a 29:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- **Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

ANEXO 7: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA INDIVIDUALIZADA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. INFORME DE CASO

Enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual. Informe de cas

Dades sociodemogràfiques

1. CIP	2. Nom i cognoms
3. Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	4. Data de naixement (dd/mm/aa)
5. Municipi de residència habitual (adreça completa)	Districte municipal Telèfon
6. País d'origen	Any arribada (si no és nascut a Espanya)
7. Si resideix a l'estranger, especificar país	
8. Nivell d'instrucció <input type="checkbox"/> Sense formació <input type="checkbox"/> Educació primària <input type="checkbox"/> Educació secundària <input type="checkbox"/> Educació universitària <input type="checkbox"/> Desconegut/no hi consta	

Dades del metge/ssa notificant

9. Nom i cognoms	10. Centre sanitari	11. Telèfon
12. Unitat <input type="checkbox"/> ASSIR <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> Referent d'ITS <input type="checkbox"/> UITS <input type="checkbox"/> Dermatologia <input type="checkbox"/> Urgències <input type="checkbox"/> Unitat VIH <input type="checkbox"/> Urologia <input type="checkbox"/> Altres		
13. Data de notificació (dd/mm/aa)	Signatura	

Dades diagnòstic

14. Diagnòstic	15. Data diagnòstic (dd/mm/aa)	16. Tipus de diagnòstic	17. Localització	18. Síntomes	19. Inici símptomes (dd/mm/aa)	20. Tractament
			Pell Genital Anal Perineal Ora/faringe Altres	Sí No		
Limfogranuloma veneri <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Gonocòccia <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Sífilis <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Clamídia <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Dades de laboratori

21. Laboratori	22. Data presa de mostra (dd/mm/aa)	
23. Microorganisme	24. Tipus de mostra	25. Tècnica analítica
Treponema pallidum <input type="checkbox"/>	Orina Frotis vaginal Cèrvix Uretra Anus/recte Sèrum Ora/faringe Sang Desconegut Altres	Examen fresc Tincions Cultius PCR Camp pulsat Hibridació DNA Detecció antigen Ser. Antic. Treponèmics Ser. Antic. reagències Altres
Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/>		
Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/>		
		26. Resultat
		Positiu Negatiu No hi consta
		Tipatge
		L1 L2 L3 D-K

Antecedents clínics

	Sí	No	Desc. / No contesta
27. Diagnòstic previ d'ITS als darrers 12 mesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Embaràs al moment del diagnòstic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. S'ha criat pel VIH alguna vegada a la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Coinfecció amb el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Coinfecció amb el VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Coinfecció amb el VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27.1. Especifiqueu ITS prèvia	_____
28.1. Setmanes de gestació	_____
29.1. Data darrer test VIH negatiu (dd/mm/aa)	_____
30.1. Data diagnòstic VIH (dd/mm/aa)	_____

Epidemiologia i conducta

33. Orientació sexual ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Transsexual ☐ Desconegut

34. Nombre de parelles sexuals diferents en els darrers 12 mesos _____

Presenta el pacient alguna de les següents situacions de risc?

	Sí	No	Desc
35. Ha tingut una nova parella sexual als darrers 3 mesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.1. Vaginal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.2. Anal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.3. Oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Amb persona diagnosticada de ITS o VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Amb persones usuàries de drogues per via parenteral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Amb tres o més persones al mateix temps? (ménage à trois, orgia, gangbang, sexe grupal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. A l'estranger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.1 Especifiqueu país _____			
41. Sota l'efecte de cànnabis, alcohol (4+ copes en una ocasió) o altres drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. En llocs de trobades sexuals o via xarxes online? (saunes, discoteques/bars, club liberal, club swinger, via xats o apps, booty calls)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Amb persones per obtenir diners, drogues o qualsevol cosa a canvi (treball sexual)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Amb persona que exerceix la prostitució?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudi de contactes

45. S'ha iniciat estudi de contactes?

☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut/no hi consta ☐ Nombre elevat de contactes anònims

	Home	Dona	Total contactes
45.1. Nombre de contactes sexuals en els darrers 3 mesos	_____	_____	_____
45.2. Nombre de contactes que el pacient pot localitzar	_____	_____	_____
45.3. Nombre de contactes que s'han pogut localitzar	_____	_____	_____
45.4. Nombre de contactes que s'han pogut tractar	_____	_____	_____

Observacions i/o comentaris

Aquest imprès s'ha d'enviar a les Unitats de Vigilància Epidemiològica del Departament de Salut de les regions sanitàries de Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, Alt Pirineu i Aran, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre i l'òrgan de vigilància de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. El procediment de notificació, circuit i definicions de cas que s'ha de seguir per a la notificació d'aquestes infeccions està disponible al Manual de notificació de les MDO i a la publicació de la Definició de cas de les MDO, editades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Per més informació consulteu [AQUÍ](#)

INFORMACIÓ D'US ERICTAMENT CONFIDENCIAL

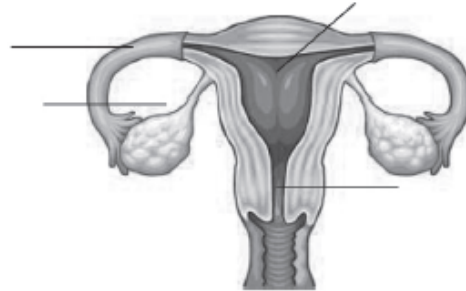
ANEXO 8: CUESTIONARIO EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

CUESTIONARIO EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

El aparato reproductor femenino humano

1) Completa el siguiente esquema del aparato reproductor femenino usando las palabras del cuadro adjunto:

Útero
Vagina
Trompa de Falopio o uterina
Ovario



2) El aparato reproductor de la hembra es independiente del aparato urinario:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

3) Los folículos ováricos se encuentran en las trompas de Falopio:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

4) Los folículos secretan las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

5) La función de las trompas de Falopio es transportar los ovocitos secundarios u óvulos inmaduros desde los ovarios hasta el útero:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

6) Las paredes del útero están recubiertas por el endometrio, un tejido que contribuye a formar la placenta:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

7) La vulva o genitales externos reciben el pene del macho y sirve como canal del parto durante la expulsión del feto:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

8) La ovogénesis acontece en las trompas de Falopio de la mujer:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

9) El ciclo menstrual dura siempre 28 días:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

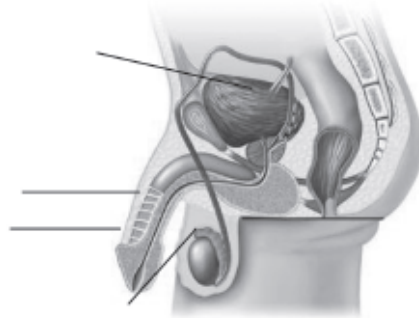
10) El clítoris está situado en el útero:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

El aparato reproductor masculino humano

11) Completa el siguiente esquema del aparato reproductor masculino usando las palabras del cuadro adjunto:

Escroto
Testículo
Glande
Próstata
Pene



12) El aparato reproductor del hombre es independiente del aparato urinario:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

13) Los espermatozoides se producen en los túbulos seminíferos de los testículos:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

14) El pene del hombre es el productor de las hormonas sexuales masculinas:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

15) La próstata es una glándula que contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

16) La piel que recubre al glande del pene se denomina frenillo:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

17) La función de las bolsas escrotales o escroto consiste en asegurar la termorregulación adecuada para la producción espermática:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

18) La espermatogénesis (fabricación de gametos masculinos) tiene lugar en los testículos del hombre:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

19) El hombre que tiene un pene grande tiene mayor potencia sexual:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

20) El pene cuenta con numerosas cavidades que al llenarse de semen producen su erección:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

Los métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no deseados

21) Un buen anticonceptivo es la píldora del día después:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

22) Con el preservativo se siente menos placer en las relaciones sexuales:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

23) Para evitar un embarazo se puede utilizar la "marcha atrás" o coitus interruptus:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

24) El preservativo o condón presenta dos versiones, una masculina y otra femenina:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

25) El diafragma se tiene que situar en el cuello del útero de la mujer:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

26) La píldora anticonceptiva puede ser tomada tanto por hombres como por mujeres:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

27) Los espermicidas son productos químicos que solamente estimulan o aumentan el placer, pero no tienen función alguna como método preventivo de embarazos:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

28) Una vez que se implanta un DIU en la mujer no hace falta renovarlo de por vida:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

29) No se recomienda usar la ligadura de trompas o la vasectomía como método preventivo de embarazos en jóvenes y parejas que deseen tener hijos en el futuro:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

30) Los métodos naturales (como el método de Ogino-Knaus) para prevenir un embarazo son más fiables que los que no lo son:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

Las Infecciones de Transmisión Sexual y su prevención

31) La gonorrea (producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*) es una enfermedad que se transmite a través de relaciones sexuales sin protección:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

32) La sífilis (enfermedad inducida por la espiroqueta *Treponema pallidum*) solamente se transmite si se mantiene sexo vaginal:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

33) La pediculosis púbica (comúnmente conocidas como ladillas) es debida a un piojo parásito (*Phthirus pubis*) y entre su sintomatología destacan el intenso picor y el enrojecimiento de la piel de las zonas afectadas que produce:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

34) El papiloma humano no es una enfermedad de transmisión sexual:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

35) El linfogranuloma venéreo (provocado por la bacteria *Chlamydia trachomatis*) es más común que la padezcan los hombres que las mujeres:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

36) El SIDA es una enfermedad que puede ser transmitida por la saliva cuando un individuo sano besa intercambiando este fluido con otro individuo infectado:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

37) Una persona que tenga un herpes genital puede mantener relaciones sexuales, puesto que no es infecciosa y su único síntoma es una serie de ampollas:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

38) Entre las principales medidas de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual destaca la Educación Afectivo-Sexual. ¿Consideras que a lo largo de tu proceso de aprendizaje has recibido una buena educación en este sentido?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

39) ¿Consideras que las revisiones urológicas y ginecológicas en las que se establecen pruebas para diagnosticar las Infecciones de Transmisión Sexual únicamente deben hacerlas aquellas personas que mantengan relaciones sexuales sin protección?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

40) Una adecuada higiene de los órganos reproductores externos es un hábito esencial para prevenir la aparición de determinadas afecciones:

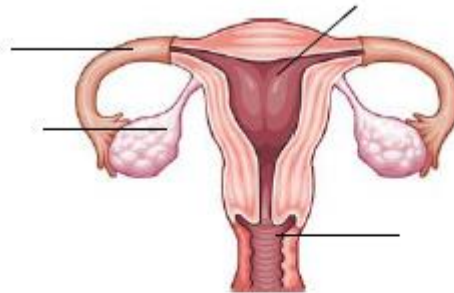
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

ANEXO 9: SOLUCIONES CUESTIONARIO AFECTIVO-SEXUAL

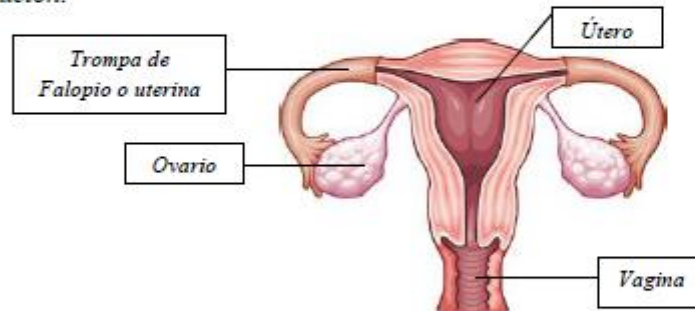
Bloque I: Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino

1. Completa el siguiente esquema del aparato reproductor femenino usando las palabras del cuadro adjunto:

Útero
Vagina
Trompa de Falopio o uterina
Ovario



Solución:



2. El aparato reproductor de la mujer es independiente del aparato urinario:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

3. Los folículos ováricos se encuentran en las trompas de Falopio:

- ☐ Sí
☒ No (*los folículos ováricos se encuentran en los ovarios*)
☐ No sabe/No contesta

4. Los folículos secretan las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona):

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

5. La función de las trompas de Falopio es transportar los ovocitos secundarios u óvulos inmaduros desde los ovarios hasta el útero:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

6. Las paredes del útero están recubiertas por el endometrio, un tejido que contribuye a formar la placenta:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

7. La vulva o genitales externos reciben el pene del hombre y sirve como canal del parto durante la expulsión del feto:

- ☐ Sí
☒ No (*la vagina es un tubo muscular que comunica el cuello del útero o cérvix con el exterior y recibe el pene del hombre y sirve como canal del parto*)
☐ No sabe/No contesta

8. La ovogénesis acontece en las trompas de Falopio de la mujer:

- ☐ Sí
☒ No (la ovogénesis ocurre en los ovarios de la mujer)
☐ No sabe/No contesta

9. El ciclo menstrual dura siempre 28 días:

- ☐ Sí
☒ No (el ciclo menstrual puede sufrir variaciones individuales)
☐ No sabe/No contesta

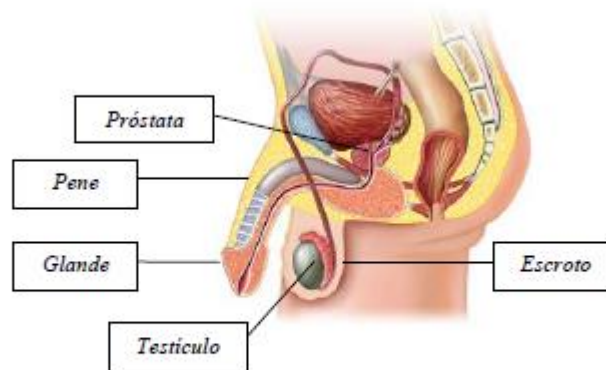
10. El clitoris está situado en el útero:

- ☐ Sí
☒ No (el clitoris u órgano eréctil de la mujer se sitúa en la parte superior de los labios menores, en la zona externa)
☐ No sabe/No contesta

Bloque II: Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino

11. Completa el siguiente esquema del aparato reproductor masculino usando las palabras del cuadro adjunto:

Solución:



12. El aparato reproductor del hombre es independiente del aparato urinario:

- ☐ Sí
☒ No (el aparato reproductor del hombre está anatómicamente muy relacionado con el aparato urinario y constituye el aparato urogenital)
☐ No sabe/No contesta

13. Los espermatozoides se producen en los túbulos seminíferos de los testículos:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

14. El pene del hombre es el productor de las hormonas sexuales masculinas:

- ☐ Sí
☒ No (la testosterona se produce en las células intersticiales o de Leydig, que se encuentran entre los túbulos seminíferos; en los túbulos se encuentran las células de Sertoli que producen la inhibina)
☐ No sabe/No contesta

15. La próstata es una glándula que contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

16. La piel que recubre el glande del pene se denomina frenillo:

- ☐ Sí
☒ No (*la piel que recubre el glande se denomina prepucio*)
☐ No sabe/No contesta

17. La función de las bolsas escrotales o escroto consiste en asegurar la termorregulación adecuada para la producción espermática:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

18. La espermatogénesis (fabricación de gametos masculinos) tiene lugar en los testículos del hombre:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

19. El hombre que tiene un pene grande tiene mayor potencia sexual:

- ☐ Sí
☒ No (*el tamaño del pene no tiene influencia alguna sobre la potencia sexual masculina*)
☐ No sabe/No contesta

20. El pene cuenta con numerosas cavidades que al llenarse de semen producen su erección:

- ☐ Sí
☒ No (*el pene cuenta con cavidades que al llenarse de sangre producen su erección*)
☐ No sabe/No contesta

Bloque III: Métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no deseados

21. Un buen anticonceptivo es la píldora del día después:

- ☐ Sí
☒ No (*no debe usarse la píldora del día después como método preventivo, se recomienda usarla cuando fallan otros mecanismos anticonceptivos usados*)
☐ No sabe/No contesta

22. Con el preservativo se siente menos placer en las relaciones sexuales:

- ☐ Sí
☒ No (*usar el preservativo no disminuye el placer de una relación sexual*)
☐ No sabe/No contesta

23. Para evitar un embarazo se puede utilizar la "marcha atrás" o *coitus interruptus*:

- ☐ Sí
☒ No (*practicar la marcha atrás no se considera un método preventivo de embarazos*)
☐ No sabe/No contesta

24. El preservativo o condón presenta dos versiones, una masculina y otra femenina:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

25. El diafragma se tiene que situar en el cuello del útero de la mujer:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

26. La píldora anticonceptiva puede ser tomada tanto por hombres como por mujeres:

- ☐ Sí
☒ No *(la píldora anticonceptiva solamente puede ser administrada en mujeres debido, entre otros factores, al contenido hormonal que contienen)*
☐ No sabe/No contesta

27. Los espermicidas son productos químicos que solamente estimulan o aumentan el placer, pero no tienen función alguna como método preventivo de embarazos:

- ☐ Sí
☒ No *(los espermicidas desactivan o matan a los espermatozoides por lo que, usado con otros métodos como los preservativos, previenen embarazos disminuyendo la posibilidad de fecundación)*
☐ No sabe/No contesta

28. Una vez que se implanta un DIU en la mujer no hace falta renovarlo de por vida:

- ☐ Sí
☒ No *(el DIU tiene una vida media de unos 3-5 años, por lo que las revisiones periódicas al ginecólogo son esenciales)*
☐ No sabe/No contesta

29. No se recomienda usar la ligadura de trompas o la vasectomía como método preventivo de embarazos en jóvenes y parejas que deseen tener hijos en el futuro:

- ☒ Sí *(debido a que son métodos irreversibles o difícilmente reversibles)*
☐ No
☐ No sabe/No contesta

30) Los métodos naturales (como el método de Ogino-Knaus) para prevenir un embarazo son más fiables que los que no lo son:

- ☐ Sí
☒ No *(los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad no son fiables como métodos preventivos de embarazos)*
☐ No sabe/No contesta

Bloque IV: Infecciones de transmisión sexual y hábitos saludables para prevenirlas

31. La gonorrea (producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*) es una enfermedad que se transmite a través de relaciones sexuales sin protección:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

32. La sífilis (enfermedad inducida por la espiroqueta *Treponema pallidum*) solamente se transmite si se mantiene sexo vaginal:

- ☐ Sí
☒ No *(la sífilis, como el resto de infecciones de transmisión sexual, se transmite si se mantiene sexo vaginal, oral o anal sin protección)*
☐ No sabe/No contesta

33. La pediculosis púbica (comúnmente conocidas como ladillas) es debida a un piojo parásito (*Phthirus pubis*) y entre su sintomatología destacan el intenso picor y el enrojecimiento de la piel de las zonas afectadas que produce:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

34. El papiloma humano no es una enfermedad de transmisión sexual:

- ☐ Sí
☒ No *(el virus del papiloma humano causa una enfermedad infecciosa que se transmite, principalmente, por vía sexual)*
☐ No sabe/No contesta

35. El linfogranuloma venéreo (provocado por la bacteria *Chlamydia trachomatis*) es más común que la padezcan los hombres que las mujeres:

- ☐ Sí
☒ No *(las adolescentes son las que más riesgo tienen de infectarse por esta bacteria productora del linfogranuloma venéreo debido a que los tejidos del cérvix o cuello uterino son muy sensibles a la infección)*
☐ No sabe/No contesta

36. El SIDA es una enfermedad que puede ser transmitida por la saliva cuando un individuo sano besa intercambiando este fluido con otro individuo infectado:

- ☐ Sí
☒ No *(la saliva no es una fuente de contagio del SIDA a no ser que hubiese heridas bucales y, por tanto, contacto sanguíneo entre dos personas de las cuales al menos una deberá estar infectada)*
☐ No sabe/No contesta

37. Una persona que tenga un herpes genital puede mantener relaciones sexuales, puesto que no es infecciosa y su único síntoma es una serie de ampollas:

- ☐ Sí
☒ No *(el herpes genital es sumamente infeccioso y se debe evitar mantener relaciones sexuales con personas infectadas por el virus que lo causa para evitar su transmisión)*
☐ No sabe/No contesta

38. Entre las principales medidas de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual destaca la Educación Afectivo-Sexual. ¿Consideras que a lo largo de tu proceso de aprendizaje has recibido una buena educación en este sentido?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

39) ¿Consideras que las revisiones urológicas y ginecológicas en las que se establecen pruebas para diagnosticar las infecciones de transmisión sexual únicamente deben hacerlas aquellas personas que mantengan relaciones sexuales sin protección?

- ☐ Sí
☒ No *(se recomienda que todos los individuos visitemos al urólogo o al ginecólogo con el fin de prevenir infecciones sexuales)*
☐ No sabe/No contesta

40. Una adecuada higiene de los órganos reproductores externos es un hábito esencial para prevenir la aparición de determinadas afecciones:

- ☒ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

Pendiente conseguir su interpretación tras contactar con el autor del cuestionario.

ANEXO 10: SUBESCALA DE AUTOEFICACIA DEL USO DEL PRESERVATIVO

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre el uso del preservativo en diferentes momentos de una relación sexual. Señala tu grado de acuerdo con cada una de estas frases:

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento/sentiría cómodo/a o seguro/a a la hora de comprar preservativos	0	1	2	3	4	5
2. Me resulta/ría cómodo hablar acerca de la utilización del preservativo con una pareja antes de comenzar la relación sexual	0	1	2	3	4	5
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos el preservativo, tengo/tendría miedo de que él/ella me rechace	5	4	3	2	1	0
4. No me siento/sentiría seguro/a a la hora de sugerir el uso del preservativo a una nueva pareja ya que él/ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ITS (Infección de Transmisión Sexual)	5	4	3	2	1	0
5. Estoy seguro/a de que recordaría utilizar el preservativo aunque haya consumido alcohol u otras drogas	0	1	2	3	4	5
6. Me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	5	4	3	2	1	0
7. Estoy seguro/a de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	0	1	2	3	4	5









Figura 1. Subescala de autoeficacia en el uso del preservativo del CPS

Interpretación puntuación obtenida:

- Autoeficacia baja, de 0 a 12 puntos.
- Media, de 13 a 24 puntos.
- Alta de 25 a 35 puntos.

ANEXO 11: PANTALLAS APP

Legenda:

-  Sección informativa
-  Sección de soporte
-  Preguntas respondidas e historial preguntas
-  Contacto con profesionales
-  Sección mitos y obstáculos
-  Información complementaria
-  Buscador
-  Vuelta pantalla principal

Pantalla principal



ANEXO 12: MITOS Y OBSTÁCULOS DE LAS ITS

El pensamiento y la conducta de la población puede estar influenciada por la existencia de una serie de mitos y de obstáculos que impone la propia sociedad. A continuación se presentan algunos ejemplos (85):

- Mantener relaciones monogámicas (con la misma persona) consecutivas en el tiempo, proporciona a los sujetos una falsa sensación de seguridad y lo perciben como una práctica saludable, exenta de riesgos.
- La falta de conocimientos y los conocimientos erróneos sobre las ITS.
- Conocimientos erróneos sobre las prácticas sexuales y de sus riesgos, así como también la identificación del sexo anal y oral como alternativa a las prácticas vaginales para evitar el embarazo no deseado.
- La demanda de información sobre los métodos anticonceptivos hormonales como métodos únicos frente al embarazo no deseado, aunque ineficaces para la prevención de las ITS y del VIH.
- El uso de píldoras anticonceptivas, sobretudo en los jóvenes y en las parejas que se consideran estables aunque lleven poco tiempo juntos, se asocia al abandono del uso de los métodos de barrera.
- Dificultades en la toma de decisiones y en la negociación del uso del preservativo como por ejemplo pensar que reduce el placer por la pérdida de sensibilidad, encontrarse con dificultades para proponerlo a la pareja ya sea por vergüenza o miedo al rechazo, poca percepción del riesgo (pareja estable, “por una vez no pasará nada”, “ ya lo usaré la próxima vez”, etc.), y dificultades para adquirir los preservativos porque son caros o por vergüenza de ser vistos por los demás.
- Falta de confianza con la pareja, dificultando el planteamiento del uso del preservativo.